Майкл Япко - Гипноз для психотерапии депрессий
2002

Майкл Япко - директор Института Милтона Эриксона в Сан Диего, частнопрактикующий психотерапевт, клинический психолог. В своей книге он описывает успешные стратегии прерывания механизмов, вызывающих и поддерживающих депрессию. Описанные здесь психотехники Майкл Япко развивал и практиковал в течение многих лет своей клинической практики. В них акцентируется роль активной интервенции, которая приносит быстрое выздоровление - и, что наиболее важно, делает доступными для клиента скрытые в нём ресурсы, благодаря чему можно избежать приёма фармакологических препаратов или снизить их дозу. Подробное описание клинических случаев всесторонне показывает как можно использовать описанные стратегии для прерывания депрессивных механизмов в максимально короткие сроки.

ВСТУПЛЕНИЕ

Представим себе прекрасный мир, в котором все складывается идеально. Человечество оптимально использует естественные богатства планеты. Каждому гарантированы еда, одежда и крыша над головой. Отсутствует агрессия, нет преступлений и дискриминации. Жизнь людей и животных является первостепенной ценностью — нет потребности убивать и уничтожать. Каждый человек имеет право на личные пристрастия и взгляды, и одновременно с этим, все люди чувствуют личную ответственность за мир, в котором живут. Ни одна семья не испытывает недостатка в любви и уважении. Дети воспитываются в атмосфере тепла и безопасности, что пробуждает в них веру в себя и укрепляет в них чувство собственной значимости. Взрослые стараются как можно лучше выполнять свою работу и на честных условиях получают за нее справедливое вознаграждение. Короче говоря, не существует никаких проблем.

Если мир, в котором живете вы или ваши друзья, приятели, клиенты, напоминают вам вышеперечисленный образ, прервите чтение. Поспешите в магазин и отдайте продавцу эту книгу, пока она еще выглядит как новая. Деньги можете потратить на что-нибудь другое — например, на какую-нибудь модную мелочь.

Если, однако, вы живете на той же планете, что и я, то вы уже наверняка успели понять, что стресс и проблемы являются неотъемлемой частью нашей жизни. (Я надеюсь, это замечание прозвучало реалистично, а не пессимистично). Можно ли пройти по жизни беззаботно и бесхлопотно? Убежать от боли утраты близкого человека? Встречали ли вы когда-нибудь человека, которому в жизни всегда и во всем сопутствовал успех? И, наконец, кто из нас может надеяться на то, что, ему удастся избежать смерти?

Стресс может по-разному воздействовать на организм — иногда его действие может оказаться полезным, иногда — разрушающим. Существует множество моделей, описывающих возникновение и развития депрессии, но общим знаменателем всех этих разнообразных теорий является определенный стрессор.

Избежать стресса невозможно, но можно научиться справляться с ним. В равной степени неизбежной является депрессия. И с ней, прибегая к определенным мерам, можно справиться; если мы будем вести себя соответствующим образом, страдания не будут столь мучи-

тельными и продолжительными. Иногда удается не допустить проявления очередного эпизода болезни; однако, в данной книге автор уделяет внимание прежде всего методам, позволяющим справиться с депрессией, которая уже проявилась у пациента.

Эффективность лечения определяется тем, какой подход использует терапевт по отношению к пациенту, нуждающемуся в помощи.

Клиент, который приходит ко мне, действительно страдает. Его не интересует терапия, которая, возможно, поможет ему лишь спустя некоторое время. Как правило, дело обстоит совсем по-другому. Мне понятны страдания больного, и поэтому я стараюсь использовать все свои знания, чтобы за максимально короткий срок добиться результата. С другой стороны мой опыт подсказывает мне, что, если в некоторых случаях оказывается достаточным применить короткую терапию, то в других случаях краткосрочная терапия представляет собой лишь отдельный этап куда более длительного терапевтического процесса. Независимо от того, как долго будет длиться лечение (некоторым

пациентам достаточно бывает 1-20 сеансов), терапевт обязан проводить активную интервенцию и стимулирование больного к процессу обучения, касающегося способов борьбы с депрессией. Стратегии, которые призваны помочь терапевту в его деятельности, в дальнейшем будут называться “директивами”. Если бы человек, которого коснулась депрессия, знал, как избавиться от страданий, ему не пришлось бы идти к специалисту. Больной не знает, какую тактику ему следует применить. Кто-то должен ему сказать об этом — именно это и является первоочередной задачей терапевта. Восприимчивость, интуиция и готовность поддержать весьма существенны, но самым важным является умение решать проблемы.

Депрессия, как наверняка уже известно читателям — явление необычайно сложное; именно поэтому от терапевта требуется особенно тщательная подготовка. Данная книга является попыткой представить такое необычайно сложное субъективное испытание, коим является депрессия. Автор надеялся поспособствовать лучшему пониманию природы этой болезни и показать более эффективные методы ее лечения; он не выступает в роли приверженца какой-то определенной теоретической школы. Автор полностью отдает себе отчет в неповторимости человеческого опыта и убежден в том, что концентрация внимания на каком-то одном аспекте депрессии была бы очевидным ограничением. Существуют различные формы терапии, каждая из которых в определенных условиях может оказаться эффективной. Специалист сам должен решить, какая из них в данном случае имеет шансы на успех. Автору хотелось бы, чтобы представленные здесь модели способов преодоления депрессии приблизили к читателю сложный внутренний мир пациента.

Данная книга составлена нетипично. Хотя читатель и найдет в ней описание теорий, которые послужили основой для формулирования директив, не директивы являют собой главную тему данной работы. Они были поделены автором на группы и пронумерованы. В качестве критерия разделения выступили концепции, из которых выходят определенные стратегии. Полный список директив помещен в конце книги.

Детальная характеристика стратегии действия призвана быть иллюстрацией способов инициирования у пациента процесса обучения на базе его личного опыта, который является лучшим учителем. Однако прежде всего эта книга призвана пробудить творческое воображение терапевтов, занимающихся поиском новых, эффективных методов помощи больным, страдающим депрессией. Автор надеется, что данный труд выполнит возложенное на него задание.

Майкл Д. Япко Сан-Диего, Калифорния

Возможно, человек в чем-то выигрывает, сталкиваясь с преградами на своем пути. Чем больше трудностей встает на его пути к счастью, тем сшьиее потрясение, когда это счастье вдруг замаячит па расстоянии вытянутой руки. Подобно этому, источник, до этого старательно сдерживаемый, забьет с силой, прямо пропорциональной силе, с которой пытались сдерживать его поток. Преграды, однако, следует подбирать весьма старательно и следить за тем, чтобы они оказались весьма внушительными — настолько трудными для преодо-чения, чтобы они смогли вырвать нас из привычного контекста и показать нам жизнь в совершенно новом, неоэ/сиданном свете... Трудности украшают наше существование, однако необходимо следить за тем, чтобы они были не банальными и при этом первосортного качества.

Том Роббинс, из: Even Cowgirls Get the Blues, 1976, стр.158

Часть I
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
Раздел 1
КОГДА ЖИЗНЬ ПРЕВРАЩАЕТСЯ В СТРАДАНИЯ

“Боль существования” ежедневно испытывают десятки миллионов людей. Наверняка большинство из нас найдёт знакомые нотки в приведенных ниже высказываниях больных, так описывающих свою депрессию:

“Невидимое, вероломное чудовище”.

“Давящая петля боли” .

“Проклятие бесконечной агонии” .

“Затаившийся в темноте вор, ворующий у меня жизнь” .

Несколько лет тому назад я столкнулся с одним случаем, который произвел на меня большое впечатление. Дело касалось одного прекрасно зарекомендовавшего себя психиатра, в возрасте двадцати с небольшим, авторитетом в области поведенческой терапии (он даже стал соавтором популярного пособия). Этот психиатр специализировался также по судебной медицине. Объем знаний этого

молодого человека был весьма внушительным. К сожалению, когда в личной жизни этого подающего большие надежды ученого наступил кризис, вызванный распадом его брака, его неоспоримые познания в области эмоциональных потребностей человека, необходимых для сохранения психического здоровья, не были применены. Он чувствовал себя таким беспомощным, что вынужден был обратиться к своим коллегам за профессиональной помощью; однако, исходя из того положения, которое он занимал в науке, эти просьбы казались им абсурдными. Доведенный до отчаяния, он застрелился. Ему в то время едва исполнилось тридцать лет. Все его необыкновенные способности были загублены.

Почему эта грустная история так глубоко врезалась мне в память? Быть может причиной этого было иррациональное убеждение в

том, что специалисты в области психического здоровья должны уметь решать и собственные жизненные проблемы. Однако причина этого в данном случае не столь существенна. Настораживает то, что этот трагический случай лишь один из 30 тысяч самоубийств, совершенных в этом году. Самоубийство, называемое “окончательным решением временных проблем”, являет собой, пожалуй, наиболее драматическую угрозу в состояниях острой депрессии.

Почему этот всесторонне образованный и интеллигентный человек решил свести счеты с жизнью? Что способствует тому, что человеку, погруженному в депрессию, смерть кажется единственно правильным решением?

Откуда берется беспрерывное страдание, являющееся уделом тех, кто, несмотря на болезнь, сумел найти в себе достаточно смелости, силы и мотивации для того, чтобы жить? Что психотерапевты в действительности знают о депрессии и способах ее лечения?

В течении многих лет проводились многочисленные клинические исследования этой болезни. Выбор научной литературы на эту тему необыкновенно богат. Это свидетельствует как об уровне проблемы, так и об интенсивных усилиях людей, стремящихся облегчить страдания больных. Результатом этих поисков стала разработка детальных теорий, касающихся происхождения депрессии, а также многочисленных способов терапевтической интервенции. Все известные концепции могут соединиться в картину, позволяющую наиболее полно понять природу болезни, однако, хотя это и может показаться парадоксом, эти теории в то же время представляют собой потенциальное ограничение (и даже могут причинить вред пациенту), если мы, рассматривая многоаспектный феномен депрессии, примем во внимание лишь одну точку зрения.

Депрессия — это болезнь, определяемая расстройством психоэмоционального состояния человека; подобным образом она была классифицирована в “Руководстве по диагностике и статистике” (“Diagnostic and Statistical Manual”, изд. Третье, дополненное. American Psychiatric Association, 1987).

Как вы сможете узнать из третьего раздела, диагностика и классификация депрессии связаны с определенными специфическими проблемами, которые имеют принципиальное влияние на способ лечения пациента. Пока же достаточным будет сказать, что клиническая единица, называемая депрессией, до конца еще не изучена, а ее лечение не всегда оказывается в достаточной мере эффективным.

Данная книга не фокусируется на теории депрессии, хотя, без сомнения, она заключает в себе синтез различных теоретических направлений по данной проблеме. В ней скорее делается упор на технику лечения. Я сам, работая с людьми, страдающими депрессией и их семьями, постоянно сталкиваюсь со страданием людей, которых это недомогание полностью лишает радости жизни. Сам я, как и любой другой человек, не раз испытал депрессивное чувство пустоты и отчаяния. В этой книге я старался дать ответ на весьма злободневные вопросы: “Что следует говорить и как надо действовать, чтобы это принесло желаемый терапевтический результат? Как на практике облегчить больному преодоление проявлений болезни и сделать возможным для него такое изменение сознания, чтобы это уменьшило риск очередного кризиса, а также чтобы он мог справиться со следующим депрессивным моментом”.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Депрессивные расстройства имеют длинную, документально подтвержденную историю. Эта история составлена из страданий огромного количества людей, большинство из которых предпочитают анонимность. Точное число случаев заболевания определить сложно, т.к. далеко не все больные обращаются за профессиональной помощью, однако, предположительно:

1. 30-40 миллионов американцев страдают в настоящее время нарушениями настроения типа депрессии (“News week”, 4 мая 1987);
2. по крайней мере каждый четвертый американец проходит в своей жизни через серьезный

депрессивный эпизод;

3. лишь одна четвертая (в лучшем случае — половина) страдающих острой депрессией получает профессиональную помощь;

4. у женщин депрессии случаются в два раза чаще, нежели у мужчин (хотя, казалось бы, риск появления этого заболевания не зависит от пола);

5. депрессивные расстройства могут появиться в любом возрасте:

Депрессия — явление весьма распространенное. Более того, известно, что депрессия часто "маскируется", то есть, проявляется в форме иных психических и соматических расстройств. А следовательно, депрессия выступает гораздо чаще, нежели на то указывает официальная статистика, быть может даже гораздо чаще, нежели оценивают

специалисты. В своей книге я предлагаю расширение критериев диагностики депрессии, что — как я полагаю — сделает возможным более точное определение пределов распространения данной болезни и позволит лучше оценить уровень проблемы.

С таким явлением как депрессия каждый психолог встречается как лично, так и на профессиональном уровне. Ведя терапевтическую практику, мы постоянно работаем с клиентами, страдания которых относятся к психической сфере. Каковы последствия такого распространения депрессии? Загубленная жизнь, неудовлетворенность, разлад в семье, потеря работы и увлечений — невозможно оценить все потери.

Вопрос угрозы самоубийства уже был затронут нами. Выше было отмечено, что у многих больных депрессивное состояние принимает вид конкретных соматических расстройств. Многие психологические проблемы имеют под собой депрессивную основу. К примеру, может показаться, что механизм зависимости в действительности заключается в отчаянном стремлении к облегчению страданий, связанных с депрессией. Каждая форма зависимости может быть результатом неудачной попытки "самотерапии", побочные результаты которой, оказывая вред физическому и психическому здоровью, закрепляет депрессию — первичный источник проблемы. Лечение алкоголизма без психотерапии, направленной на депрессию (особенно если она явилась первопричиной алкоголизма), обречено на неудачу. Депрессия также может вызывать иные, на первый взгляд не связанные с ней расстройства. Выдвигаемые мною расширение критериев диагностики может помочь терапевтам выбрать правильную методику действий.

Проявления депрессии в большинстве своем в конце концов исчезают сами собой. Если больной не лечится, спустя некоторое время его состояние, вероятно, улучшится. Данные, касающиеся продолжительности течения нелеченного депрессивного эпизода, не точны; он может длится от четырех до десяти месяцев. Статистика говорит нам о том. что у 10 - 12% больных депрессия переходит в хроническое заболевание.

ЭТИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ

Интуиция подсказывает нам, что такое сложное явление, как депрессивное расстройство, должно иметь несколько причин. И действительно, существует множество теорий, объясняющих механизм возникновения этой болезни. Они подчеркивают биологические, интра-персональные, либо интерперсональные аспекты проблемы; и каждая

из них может оказаться необыкновенно полезной для понимания этиологии депрессии. Автор предполагает, что данные теории уже известны читателям, а поэтому он лишь вкратце напомнит основные их положения.

Биологические теории

Биологические теории, основанные главным образом на исследованиях влияния определенных медикаментов на биогенные амины, гласят, что депрессия возникает тогда, когда в определенных участках мозга уменьшается концентрация определенных нейротрансмит-теров (таких как норадреналин или же серотонин). Биологический подход лежит также в основе теорий, связывающих этиологию депрессии с соматическими расстройствами. Депрессиогенными факторами могут стать, к примеру: определенные лекарства (резерпин, некоторые оральные контрацептивы, медикаменты, понижающие кровяное давление, а также различного рода транквилизаторы), средства, вызывающие зависимость (алкоголь, стимуляторы, галлюциногены), неврологические заболевания, метаболические расстройства, болезни сердца, хирургические вмешательства, болезни почек, печени и органов дыхания.

Депрессия может оказаться вторичным явлением по отношению к болезням, изнуряющим организм и vice versa, если наряду с проявлениями депрессии у пациента налицо физиологические расстройства — это может оказаться простым совпадением. Однако необходимо иметь в виду потенциальную связь этих явлений, т.к. иногда она может оказать решающее влияние на ход лечения. В

подобных ситуациях терапевт должен подходить к постановке диагноза очень осторожно.

К биологическим мы также относим теории, выдвигающие на первый план наследственный характер депрессии. В 25 - 40% случаев с исследуемыми, страдающими депрессией, было выявлено, что по крайней мере у одного из родителей или же другого близкого родственника был аффективное расстройство. Поскольку у женщин депрессия выявляется чаще, нежели у мужчин, появились теории, гласящие, что наследование этой болезни возможно связано с хромосомой X. Однако и по сей день отсутствуют неопровержимые тому доказательства. Важным этиологическим фактором считается также влияние женских гормонов (особенно если речь идет о депрессии наступившей после родов и в климактерический период), однако правильность этой гипотезы до конца также не подтверждена. Более того, на то, что у женщин депрессию обнаруживают в два раза чаще, чем у мужчин, скорее всего в действительности пол не оказывает влияния, если речь идет об угрозе возникновения этой болезни. Возможно причиной наблюдаемой диспропорции является разница в диагностических критериях, применяемых в отношении мужчин и женщин.

Интраперсональные теории

Термином “интраперсональные” обозначаются теории, трактующие депрессию как внутреннюю проблему личности. Сюда относят психодинамическую модель, познавательную модель, а также модель “заученного бессилия” .

Психодинамическая модель предполагает, что основным элементом депрессии является чувство “утраты”. Фрейд (1917), к примеру, полагал, что у некоторых личностей, их собственная самооценка в слишком большой степени зависит от других (что исходит из задержки в оральной фазе). Поэтому, когда такой человек утрачивает (по причине смерти либо по другой причине) объект, от которого он зависит, его начинает охватывать злость. Он не может прямо выразить свой гнев — это скорее злость “направленная внутрь”, которая преображается в чувство вины и ненависть к самому себе, характерные для страдающих депрессией.

В когнитивной модели, предложенной Аароном Беком (1967. 1973: Beck. 1979), депрессия представлена как продукт неверного мышления. Бек утверждает, что эмоции являются следствием мыслей, а депрессия возникает по причине негативного, оторванного от реальности образа мышления. Негативная система убеждений формируется в детстве, до того, как возникают первые депрессивные эпизоды. Восприятие и наступающее за ним действие предопределяют интерпретацию текущих событий — а затем, если чья-то перцепция оказывается в результате негативной, это ослабляет мотивацию и является причиной возникновения депрессии.

Модель “заученного бессилия” Мартина Селигмана (1974, 1975, 1983) связывает возникновение депрессии с укоренившимся чувством отсутствия контроля над ситуацией, которое закрепилось вследствие негативного опыта. Селигман утверждает, что, если человек часто сталкивается с ситуациями, в которых он воспринимает себя как лицо, не владеющее контролем над ситуацией, он становится беспомощным, пассивным, подверженным депрессиям. Интерперсональные теории

Исходя из системных теорий, патология является отражением неправильности системы, в которой данное лицо функционирует. Поэтому в интерперсональной модели особо подчеркивается та роль, которую играет в терапии участие членов общества, с которыми пациент идентифицирует себя. Это вытекает из убеждения в том, что депрессия появляется в общественном и интерперсональном контексте, являясь следствием депрессиогенных моделей отношений между людьми. Сюда, помимо всего прочего, относятся стрессовые изменения общественных ролей, конфликты этих ролей, а также общественные последствия индивидуальных выборов (Klcnnan, Weissman, Rounsaville и Chevron 1984).

Стратегии, разработанные в рамках данной теории, заключаются в коротких, директивных терапевтических действиях. Эти подходы, ориентированные на систему, которая для улучшения состояния больного обычно обращается к его повседневному общественному контексту. Эти ориентированные на систему подходы, представленные Вацлавиком, Сатир, Эриксоном и др., являются результатом следующего убеждения: условием преодоления депрессии является оздоровление функционирования системы в целом.

Каждая из представленных здесь моделей является ценной попыткой объяснить явление депрессии. Читателю, которому ранее не довелось ознакомиться с данными теориями, я советую изучить оригиналы работ, упомянутых выше авторов. На них основаны многие стратегии терапевтического поведения, которые будут описаны мною в данной книге.

В последующих разделах мною будут представлены способы терапевтической интервенции, связанные с вышеупомянутыми моделями.

АКТУАЛЬНЫЕ ПАРАДИГМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ.

Читатель уже успел убедиться, сколь разнообразны взгляды на тему возникновения и поддерживания депрессивных состояний. Столь же велико количество методов терапевтической интервенции. Применяемые сегодня различные методы терапии тесно связаны с соответствующими теориями возникновения депрессии. Итак, в рамках биологически ориентированного понимания источников этого заболевания, терапия заключается в применении физических и химических раздражителей; у интерперсонального подхода свои методы воздействия и т.д. Позже мною будут рассмотрены методы интервенции касательно каждой модели в отдельности.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА БИОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ.

Основой лечения, базирующегося на биологических теориях, является фармакотерапия, в частности применение различных антидепрессантов. Из них чаще всего используются трехциклические лекарства, действие которых, по-видимому, заключается в повышении уровня нейротрансмиттеров.(норадреналина и серотонина) в мозгу больных, страдающих острой депрессией. Специфическая функция этих соединений до сих пор полностью не установлена.

Еще одним способом воздействия на соматическую сферу является лечение электрошоком, весьма часто применяемое на практике. Этот весьма спорный метод заключается в пропускании через мозг пациента электрического тока. Механизм действия электрического тока в данном случае до конца не выяснен, но сторонники этого метода уверенны в его эффективности, они утверждают, что под действием электрического тока уходят тяжелые депрессивные состояния, пациенты становятся более спокойными и более восприимчивыми к другим видам терапии. В связи с нежелательными побочными действиями этот метод применяется лишь тогда, когда другие методы оказались не эффективными, и когда депрессия оказывается столь глубокой, что пациент уже не реагирует на лекарства. Данный метод применяется также в качестве альтернативного лечения при депрессивных психозах. Терапия заключается в проведении серии процедур, повторяемых через определенные промежутки времени.

Иные методы соматического лечения заключаются в привлечении пациентов к интенсивным физическим упражнениям, что призвано улучшить самочувствие больных, уменьшить чувство усталости и вернуть уверенность в себе. С этой же целью применяется прерывание сна, а также возбуждающие средства(например, ритамин, предписываемый пациентам старшего возраста).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА ИНТРАПЕРСОНАЛЬНОМ ПОДХОДЕ

В терапии, основанной на психодинамической модели, главной задачей является облегчить пациенту понимание механизма его депрессии. Долговременное лечение призвано помочь справиться с проблемами зависимости, а также осознать и суметь выразить подавляемую в себе злость и другие болезненные ощущения, проанализировать и “проработать” оборонительные позиции. В свою очередь пациенты, подвергаемые когнитивной терапии, должны осознать свое негативное мышление и неправильное течение процесса познания. Эти нарушения основываются на неверных схемах мышления и восприятия, которые в свою очередь вызывают возникновение и закрепление депрессивных эпизодов. Иррациональность, негативная селекция внимания, дихотомическое мышление, иные формы нарушенного мышления, а также особые замечания, касающихся терапевтических действий в перечисленных случаях, были описаны Беком (1967,1973,1983), Барн-сом (1980) и другими. Короче говоря, предполагается, что сведение к минимуму неадекватности мышления и изменение способа восприятия могут в значительной мере повлиять на настроение.

Лечение депрессии по модели “заученного бессилия” связано с успешным формированием у клиента способности к восприятию и использованию возможности контролировать происходящие события. Иерархия заданий четко определена: вначале пациент должен стремиться к небольшим успехам, а по мере продвижения лечения терапевт увеличивает степень сложности упражнений. Формирование умения определять цели и способы их достижения считается главным условием поддержания хорошего настроения. В рассматриваемой парадигме главная роль отводится выяснению схем неверного восприятия и умению различать то, что можно контролировать, и то, что не поддается контролю.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОМ ПОДХОДЕ

Интерперсональные модели основываются на убеждении в том, что депрессия вписана в общественный контекст. А следовательно, основная роль отводится овладению пациентом умению вести здо- ровую коммуникацию и выработка позитивной общественной позиции. Поэтому в центре внимания находятся супружеская, семейная, групповая стратегические терапии, а также техники, развивающие умение общаться. Более того, само отношение терапевт— пациент— которое может выражаться бесчисленными вариантами интерперсональных отношений, считается важным терапевтическим фактором. Интерперсональный подход имеет директивный характер: этот подход ориентирован на систему: в нем учитывается, что человек, страдающий депрессией, не живет в изоляции от всего мира, он является фрагментом сложного общественного организма, значением которого нельзя пренебрегать.

Каждый описанный выше вид терапии — как и каждая из процедур, которые будут представлены мною несколько позже — в некоторых случаях оказывается эффективным. Однако не следует забывать, что универсальных методов лечения не существует. Необходимо стремиться к формированию новых моделей и реформированию уже существующих теорий, совершенствуя таким образом техники преодоления человеческих страданий.

ВЫВОДЫ

Не подлежит сомнению, что проблема депрессии существует везде и пробуждает к себе повышенный интерес специалистов в области психического здоровья. Модели, принимающие во внимание биологические, интраперсональные депрессивные факторы уже дождались исчерпывающих научных трудов. Каждая такая работа предлагает конкретную программу лечения. Данные модели, равно как и отвечающие им способы терапевтического вмешательства, были вкратце изложены здесь, чтобы в общих чертах ознакомить читателя с современными взглядами на депрессию.

Следующий раздел будет посвящен стратегической терапии, которая лежит в основе терапевтических методов, описываемых в последующих разделах книги. Раздел 2

ПОМОЩЬ СТРАДАЮЩЕМУ

Как показывают результаты исследований, лишь незначительная часть страдающих депрессией обращаются за помощью к специалисту. Почему люди идут на такие мучения, даже не пытаясь искать облегчения? Приведенные ниже данные подтверждают тот факт, что больного охватывает присущее депрессии чувство полного бессилия. Позицию такого человека можно выразить следующим образом: “Зачем забивать себе голову? Все равно ничего не поможет”. Жертвам депрессии почти всегда кажется, что они с головой ушли в хаос фатальных обстоятельств, и поэтому они уверены в том, что не имеют никакого смысла предпринимать какие бы то ни было действия. Совершенно ясно, что жизненный опыт каждой отдельно взятой личности неповторим, однако общим является убеждение в том, что любые попытки выхода из данной ситуации заранее обречены на провал.

Большинство терапевтов учитывает ту роль, которую играет в депрессии чувство бессилия, что, кстати подтверждает литература на данную тему. Статистика самоубийств доказывает, сколь сильным может стать ощущение нахождения в ловушке. Кажется, что этот так часто наблюдаемый специалистами паралич воли есть ни что иное как естественное следствие отсутствия веры больного в собственную способность оказывать влияние на данную ситуацию. Итак, позиция, которую занимает терапевт по отношению к страдающему депрессией, является наиболее существенным аспектом лечения, даже более важным, нежели избранный вид терапии. Необходимо отдавать себе отчет в том, что активное направление деятельности пациента является основой эффективного лечения депрессии. Рассмотрим динамическую связь между этой специфической болезнью и некоторыми традиционными взглядами на ее лечение. Находясь перед лицом трудностей, человек, затронутый депрессией, реагирует пассивностью. Собственное бессилие порождает в нем апатию, и больной, вместо того чтобы предпринять целенаправленные действия, погружается в хаос. А поэтому, когда клиент не в состоянии отыскать мотивацию к действию, выбор метода терапии начинает отыгрывать главную роль. К примеру, в лечении, согласующемся с биологическими теориями, пациенту предписываются определенные антидепрессанты и до его сведения доводится следующее: “А теперь подождем, когда лекарство достигнет терапевтического уровня, и тогда посмотрим, оказалось ли оно эффективным?” К психотерапии не обращаются вообще, либо ей приписывается гораздо меньшее значение, нежели фармакологическим средствам. Такая позиция терапевта говорит о том, что в ходе терапевтического процесса пациент является пассивной стороной, а результат лечения зависит от биологических факторов, находящихся вне контроля личности. Информация, передаваемая пациенту путем аналоговой

коммуникации только подчеркивает его бессилие и болезнь. Как это ни парадоксально, терапия таким образом может ухудшить состояние больного, усиливая наиболее неблагоприятный аспект депрессии.

А теперь рассмотрим ситуации, в которых основой лечения становится психотерапия. Каковы особенности применения недирективного подхода, или же такого подхода, который предполагает, что условием борьбы с депрессией является обретение контроля? Недирективный подход предлагает помощь, вытекающую из союза пациента с терапевтом, однако основная тяжесть ответственности за направление лечения ложится на пациента — в тот момент, когда его состояние крайне затрудняет ему принятие решений. Нам кажется несколько безответственным позволять клиенту плутать вслепую, понимая при этом, что депрессия парализует его сознание. Кроме того, трудно не согласиться с тем. что действительно недирективной терапии не существует, ведь само присутствие другого лица изменяет реакцию человека. (Когда вы одни, вы наверняка предпринимаете какие-то действия, на которые ни за что не решились бы при свидетелях). В действительности проблема заключается не в том, влияет ли терапевт на клиента, а в том как и в какой степени он на него влияет. В отношении депрессии следует учесть потребность в создании схем быстрого и эффективного воздействия на больного.

Терапевтические методы, ориентированные на выявление причин депрессии, также встречают на своем пути неизбежные преграды. В них подчеркивается роль познания, логического мышления и понимания — так словно рациональный подход имеет все шансы победить. Часто слышимые от пациентов высказывания типа: “Я знаю, что я не должен так себя чувствовать, но именно так я себя чувствую”, является одним из доказательств ограничения, которые встречает разум, пытаясь справиться с эмоциями. Еще одним примером является следующая констатация больного: “Я знаю, почему депрессия поглотила меня и как это произошло, но я понятия не имею, как из этой ситуации выбраться”. Подходы, в которых ключевым элементом терапии считается углубление сознания, так же не приносят желаемых результатов. Причин этому несколько. Во-первых, способность разума охватить сознанием собственное “я” ограничена, поскольку значительная часть человеческих переживаний происходит на уровне подсознания А поскольку этот уровень является интегральной частью структуры разума, некоторая часть впечатлений и ощущений остается за пределами сознания Во-вторых, принятие парадигмы “развитие через сознание” заставляет терапевта принимать решение, касающееся того, что пациент должен уяснить себе. В-третьих, когда терапевт примет такое решение и начнет действовать согласно этому решению, клиент проявит тенденцию к “сопротивлению” получаемой информации, эффективно задерживая или даже делая невозможными собственные успехи. В-четвертых, если после проведенного пациентом “расследования” не вытекает очевидная причинно-следственная связь, возникает возможность формулирования произвольных биологических или же психологических гипотез. Таким образом у клиента возрастает чувство отсутствия контроля над происходящими в его жизни событиями. С другой стороны, результаты исследований говорят о существовании прочной связи между генетикой и биохимией с одной стороны и нарушениями настроения с другой. Проблема заключается в диагностике таких случаев, т.к. до сих пор еще не создано достоверной системы диагностики биологически обусловленной депрессии.

Концепция депрессии, обусловленной исключительно биологическими факторами, подвергается сегодня большим сомнениям. Убеждение в односторонней зависимости между разумом и телом (“лишь тело воздействует на разум”) сегодня опровергается растущим количеством доказательств тому, что данная зависимость является двухсторонней. Принятие во внимание терапевтического аспекта опыта сделало бы возможным уменьшение количества предписываемых терапевтом медикаментов. Если депрессия оказывается очень глубокой, лекарства и дополнительная терапия могут повысить восприимчивость пациента к директивным видам терапии, описанным в данной книге.

Вышеизложенных замечаний, касающихся ограничений рассмотренных методов терапии не следует интерпретировать как отрицания их потенциальной эффективности. Наоборот — автор считает, что каждый подход в определенных условиях может оказаться эффективным. Критические замечания относятся к тем ситуациям, в которых упомянутые способы лечения по различным причинам не могут применяться или же не приносят желаемого результата. Автор обращает ваше

внимание на то, что, поскольку депрессия воспринимается как явление, затрагивающее множество уровней, она требует многоаспектного лечения (эта проблема будет обсуждаться в следующем разделе). Следует по достоинству оценить роль аналоговой коммуникации, которая сопутствует любой терапевтической программе. Передача клиенту на уровне подсознания информации о том, что лечение принесет положительные результаты без всякого участия пациента, приближается на опасно близкое расстояние к следующему утверждению: “Твои усилия все равно не повлияют на ситуацию, в которой ты сейчас находишься”. То же самое происходит, когда терапевт не указывает клиенту направления и не

предлагает ему практических методов выхода из кризиса, он как бы говорит ему: “Ты отдан самому себе; я не хочу тебе помочь”. Такое сообщение лишь углубит изоляцию клиента и укрепит его в убеждении, что его проблема не имеет решений. Проводящий терапию должен производить отбор содержания сообщений, передаваемых на каждом уровне интервенции.

ДИРЕКТИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ

Когда специалист согласится с тем, что, независимо от представляемого подхода, терапевт всегда оказывает влияние на своего клиента, для него становится очевидным, что различные методы терапии воздействуют по-разному. Вообще же подход к пациенту предопределяется специфической теоретической ориентацией, которой придерживается данный терапевт, или же в лучшем случае моделями депрессии, которые, по мнению проводящего терапию, лучше всего описывают состояние клиента и то, что предшествовало этому состоянию.

Нижеприведенный пример нежелательного результата интервенции терапевта, ограничившегося одной теорией, иллюстрирует необходимость проведения разграничения между общими директивами лечения и терапией конкретного пациента, страдающего депрессией. Женщина в возрасте тридцати лет на протяжении шести месяцев страдала умеренной депрессией. Она плохо спала, не могла сосредоточиться на своей работе и легко выходила из равновесия. Кроме того она слишком критически относилась к своим детям и стала очень апатичной. Прежде чем обратиться к автору этой книги, она пять месяцев лечилась у представителя подхода, ориентированного на “расследование” причин депрессии. Этот терапевт сконцентрировался главным образом на неполадках в семье, в которой воспитывалась пациентка. На протяжении пяти месяцев один или два раза в неделю она приходила на се- ансы, которые заключались в рассматривании переживаемого клиенткой чувства утраты, что согласовывалось с выбранной терапевтом моделью депрессии, в которой данное впечатление играет решающую роль. Он укреплял в женщине чувство вины и гнев, вытекающие из негативных детских впечатлений. Он внушал ей, что она страдала не только по причине отсутствия взлелеянной ею в мечтах идеальной семьи, но и по причине утраты разрушенной депрессией связи с собственными детьми. Сообщения звучало так: “Ты уничтожаешь собственных детей так, как твои родители уничтожили тебя”. Состояние пациентки ухудшалось так быстро, что в конце концов терапевт направил ее к психиатру за рецептом на антидепрессанты и успокаивающее средство. Это было последней каплей, переполнившей чашу. Переданная ей информация означала следующее: “твое состояние безнадежно, одной психотерапией тебе не помочь”. Озлобленная пациентка отказалась принимать лекарства и прервала терапию; она поняла, что терапевт, вместо того чтобы помочь ей, ввел ее в еще более глубокую депрессию. И лишь совершенно другая терапия, нацеленная на провоцирование и усиление изменений через практическое решение проблем, принесла быстрое улучшение.

Первый терапевт сосредоточился на переживаемом пациенткой чувстве утраты, обходя стороной возможности, которыми она располагала, чтобы изменить свой существующий образ мышления, восприятия и поведения. Как в такой ситуации женщина могла заняться чем-то другим и отойти от постоянного обсуждения испытываемой ею боли? Разве это терапия? Специалист увидел бы свою ошибку, если бы не пренебрег поступающей от клиентки информацией о том, что она не наблюдает в себе никаких улучшений. Он, однако, продолжал придерживаться того мнения, что депрессия всегда является следствием утраты. Постоянное подчеркивание значения чувства утраты могло бы даже принести терапевтический эффект, при том условии, что терапия формировала бы позицию, делающую возможным в будущем избежать потери или же максимально облегчить состояние человека, если такая утрата неизбежна. Бередить старые раны вовсе ни к чему.

Использование в лечении депрессии директивных методов позволяет расширить спектр возможностей интервенции. Без сомнения, выбор интервенций, называемых директивными, или даже стратегическими, очень широк, а данная книга может представить лишь ограниченное их количество. Когда терапевт поймет сущность стратегического мышления, в нем естественным образом разовьется способность спонтанного конструирования директив, и тогда его терапевтические способности станут безграничными. Пробуждение способности стратегического мышления с целью получения быстрых и надежных результатов является главной идеей данной книги.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.

Задачи терапевта

Стратегические подходы можно определить как концепции, предусматривающие активную роль терапевта в процессе лечения. Они предполагают, что терапевт решает стать активным проводником

клиента на пути к желаемым изменениям. Это вовсе не значит, что сам терапевт выбирает направление изменений. Скорее этот путь выбирает пациент, заданием же терапевта является предложение директив, которые ускоряют развитие клиента в данном направлении. Если цели клиента неясны, первые-директивы должны спровоцировать точное их определение. Итак, в директивном подходе первоочередным условием является наличие цели терапии. Иные элементы этого подхода, вкратце рассматриваемы в конце раздела, также принимают во внимание направленность на цель терапевтических стратегий.

Проблема восприятия действительности

Представители различных философских школ испокон веков затрагивали вопрос субъективной природы действительности. Они неустанно задавали вопрос: “Что является реальным на самом деле?” наверняка любой психотерапевт согласится с утверждением, что “реальность” воспринимается субъективно. Существует принципиальная разница между физическими ощущениями, вызываемыми световой волной, звуковой волной и т.д. и ощущениями, вытекающими из интерпретации полученных впечатлений. Каждый человек создает солидную основу “реального” мира: он уясняет для себя свои специфические физические особенности, более широкий общественный контекст, пределы личного опыта. Основываясь на этих факторах, человек формирует позиции, испытываемые позднее в конфронтации со всеми проблемами, которые несет в себе жизнь. Каждая теория личности или же модель человеческого поведения пробует определить и описать компоненты и механизмы действия человеческой психики. Каждый подход представ- ляет ценные наблюдения, хотя с другой стороны может стать и ограничением.

В практике стратегической психотерапии прослеживается стремление к уменьшению роли тех или иных теоретических конструкций. Специалисты стараются лучше понять и принять субъективную систему восприятия клиента. Пациент рассматривается не как патологическое или больное лицо, а как жертва собственной неспособности использовать умения, необходимые для достижения успеха. Когда клиент получит полный доступ к практическим техникам преодоления трудностей и научится применять их в жизни, терапия будет считаться законченной.

Подобное понятие и использование субъективной системы восприятия клиентом окружающего его мира отличает стратегический подход от подхода более традиционного, в котором терапевт дает пациенту инструкции, согласующиеся с принципами предпочитаемой или теоретической модели и использует отвечающий данной модели язык. Описываемые здесь терапевтические интервенции носят директивный характер, однако они прежде всего сосредотачиваются на клиенте, т.к. они основываются на принятии и использовании его системы восприятия. Таким образом язык, точка зрения, принципы, цели, потребности и темперамент клиента полностью принимаются как полноценная репрезентация его субъективного мира. В вопросах, касающихся его жизни, пациент признан неоспоримым авторитетом, терапевт же должен согласовывать ход терапии с обратной информацией, должен уметь быть достаточно гибким, но он также должен суметь приспособиться к системе восприятия клиента и адаптировать её к потребностям терапии.

Отношения между терапевтом и клиентом

Использование директив в процессе терапии связано с особым характером отношений между терапевтом и клиентом. Чтобы терапия оказалась эффективной, проводящий ее должен осознавать, что он может оказать на клиента большое влияние. Любому виду отношений между людьми не чужда плоскость силы (в данном случае сила означает способность оказывать влияние). В терапевтических отношениях силы распределены неравномерно. Равновесие в данном случае оказалось бы нежелательным. Стратегический подход требует от клинициста активного стимулирования терапевтического процесса, пациенту же остается лишь реагировать на указания и пожелания терапевта. Естественно, проводящий терапию берет во внимание получение от клиента обратной информации, касающейся его целей, возможностей и т.п., однако терапевтический момент наступает тогда, когда клиент проработает полученные директивы и в результате присвоит себе новые стереотипы поведения. Чтобы добиться такого результата, клиницист должен умело использовать свою способность воздействовать на клиента, а не доказывать ненужность такого влияния. Примером отрицания такого влияния могут быть такие модели, как “отзеркаливание” и иные “недирективные” методы.

Способность оказывать влияние зависит от качества отношений между терапевтом и клиентом. Она неразрывно связана со способностью клинициста принимать мир клиента таким, каков он есть. Потому-то так необходимо, чтобы терапевт понял специфику психики клиента, а в результате отдавал

себе отчет в том, что для пациента важно, истинно, и что он может реализовать. В противном случае возможности клиента пропадут зря.

Интегральной частью отношений “терапевт - клиент” является тот контекст, в котором они возникают. Терапевтический сеанс является лишь одним из контекстов изменения, хотя и не подлежит сомнению, что если терапевт использует все возможности, какие дает ему связь с клиентом, этот контекст оказывается необыкновенно существенным. Однако более широким контекстом является “реальный” мир пациента, т.к. именно на фоне отношений в семье, среди друзей и на работе человек обогащается опытом, формирующим его чувство реальности. Стратегическая терапия для достижения изменений использует ситуации, почерпнутые из мира клиента. Различного рода задания, которые ставятся перед клиентом, заключаются в использовании общего для всех методов наблюдения, что мир клиента является системой. Психическая устойчивость человека или его слабости (болезненные симптомы) проявляются в данном контексте, внутри которого действует множество факторов, которые в свою очередь могут — с большей или меньшей долей случайности — закрепить проблему. Аналогично: целью терапевтической интервенции является извлечение терапевтической пользы из различных аспектов ситуации или же различного рода переменных, связанных с проблемой, с целью ее решения. Главной целью любой терапии является создание новых ассоциаций (здесь: ответов на ситуацию) в данном контексте, а также разрушение старых. Стратегические подходы ориентированы на результат, а отношения между клиницистом и пациентом имеют принципиальное значение для полного использования контекста. Интервенция на многих уровнях

Как уже говорилось, мир человека представляет собой структуру с системным характером, а поэтому ни клиент, ни его симптомы не изолированы от более широкого контекста. Очевидно, что с перспективы системного подхода проблема, нуждающаяся в решении, существует во многих плоскостях (которые будут детально рассмотрены в следующем разделе). Таким образом, сообщение клиента принимается одновременно на нескольких измерениях: учитывается не только буквальное значение высказывания, касающегося проблемы, но и его более глубокий смысл, “истинное” значение, а полученную информацию передается пациентам в ходе терапевтического процесса, облегчая при этом инсайт в механизм депрессии. При этом предполагается, что такой пнсайт приводит к изменению, усиливает чувство контроля, увеличивает уверенность в себе и помогает справиться с трудной ситуацией. Таким образом, подход, ориентированный на инсайт в механизм депрессии, ограничивает сложную, многоаспектную проблему одной плоскостью: той, которая доступна сознанию. Применяя на практике описанные в данной книге виды стратегической терапии, необходимо отдавать себе отчет в том, что использование инсайта иногда может оказаться полезным, в другой же раз оно может затруднить лечение. Сегодня уже берется под сомнение гипотеза о том, что инсайт является обязательным для инициирования изменений. Все большее количество сторонников приобретает теория о том, что не только клиент передает сообщение на нескольких уровнях одновременно (в частности на уровне подсознания), это относится и к терапевту. Читатель наверняка помнит описанный мною случай антитерапевтичного действия многоуровневого сообщения, передаваемого клиницистом молодой женщине, страдающей депрессией. На одном уровне терапевт информировал: “Анализирование твоей символической утраты семьи поможет тебе вернуть здоровье”; на другом же уровне: “Ты даже не подозреваешь, насколько серьезна твоя болезнь. Пройдет много времени, прежде чем тебе удастся освободиться от нее, и сделать это будет непросто”. Какой из этих уровней оказал большее влияние на ход терапии? Читатель возможно упрекнет меня в том, что я все слишком упрощаю, однако факт остается фактом: противоречивые сообщения, включая и те, что передаются на подсознательном уровне, могут оказать негативное влияние на ход терапии.

Еще одним аспектом проблемы, касающейся сознательного и бессознательного вовлечения в терапию, является связь между мышле- нием и действием. Основой когнитивной терапии, являющейся необыкновенно эффективной формой лечения депрессии, является предположение, что депрессивные чувства есть следствие негативного, расстроенного мышления. Возвращение верного мышления воспринимается как первый шаг в направлении к обретению психического здоровья. Однако наиболее радикальные сторонники стратегической терапии утверждают что действие является первичным по отношению к мышлению, а поэтому новые впечатления оказываются решающим фактором принятия более или менее выгодной точки зрения. Автор убежден, конфликт между двумя вышеописанными подходами к терапии является следствием недоразумения. Клинический опыт показывает, что как мышление, так и действие могут стимулировать здравые ответы, и зависимость между этими двумя аспектами человеческой природы является двухсторонней. Поэтому многие стратегии, описанные в данной книге, представляют собой простые методы побуждения к ясному мышлению и позитивным

действиям.

Использование стратегических директив и директивных форм динамичной коммуникации связано с совершенно отличным от традиционного способом восприятия бессознательного. К бессознательному обычно подходили как к примитивному бытию, руководствующемуся агрессией и половым инстинктом и приносящему разрушение. Предполагалось, что чем большую часть этой необузданной стихии удастся взять под контроль сознания, тем лучше будет для пациента. В последние годы пересматриваются традиционные взгляды, касающиеся бессознательного. Современная неврология, нейропсихология, гипнотерапия, а также другие родственные дисциплины предоставляют все большее количество доводов, подтверждающих необходимость принятия совершенно новой концепции бессознательного, которое сегодня трактуется как позитивный, творческий, способный решать проблемы аспект человеческой психики. Убеждение в способности бессознательного получать информацию, накапливать ее, сравнивать с предыдущим опытом и использовать эту информацию вызывает растущий интерес к терапевтическим моделям, которые могут вызвать изменение без предварительного привлечения сознательного понимания.

В своей книге “Социальный мозг” (The Social Brain, 1985) Майкл Газзанига (Michael Gazzaniga) представляет концепцию, которая может стать поистине революционной. Она представляет биологическое объяснение явлений, длительное время наблюдаемых клиницистами, занимающимися гипнотерапией. Описывая функционирование разума, (Gazzaniga) предлагает теорию “модулей”, которая объясняет, каким образом информация, не относящаяся к сознанию, может влиять на настроение и поведение. Данную теорию иллюстрирует пример с пациентом, страдающим депрессией, не являющейся следствием его реальных впечатлений, а возникшей в результате нейрологического возбуждения “модуля депрессии”, происходившем на бессознательном уровне. На протяжении нескольких десятилетий литература по гипнотерапии описывает модели стимулирования изменений на бессознательном уровне, но лишь недавно эти подходы вызвали к себе большой интерес. Принятие во внимание потенциальных выгод, полученных от использования области бессознательного, наверняка расширит границы возможностей терапевтических интервенций.

Использование директив

Использование директив в терапевтическом процессе требует выполнения определенных условий. С одной стороны это предполагает активное участие пациента в терапии, требующей от него физического и психического вовлечения. С другой — делает вызов терапевту, ставя его перед необходимостью принятия на себя большей ответственности за направление и ход лечения.

Директивная терапия оказывается особенно эффективной в ситуациях, когда необходимо как можно быстрее, хотя бы частично, добиться улучшения; например, в случае угрозы самоубийства или с целью получения вступительных положительных результатов, призванных склонить пациента к дальнейшему лечению. Главным заданием клинициста является использование в целях терапии дремлющих в клиенте возможностей. Использование рассматриваемых методов связано с отличным от традиционного пониманием и реагированием на явление, определяемое как “сопротивление”.

До недавнего времени сопротивление считалось определенной особой чертой пациента, указывающей на то, что он не хочет или же не может измениться. Обычным ответом на это явление был анализ, интерпретация и конфронтация. Исходя из системного подхода, представленного в данной книге, феномен сопротивления имеет не только интраперсональное измерение, но и интерперсональное. В качестве интерперсонального он выступает как сообщение клиента о границах его способностей ответить на терапию, расшифровываемое следующим образом: “Требуемый тобой от меня образ мышления или действия не согласуется с моей моделью действительности”. Особенно в стратегической терапии, которая требует от клиента активного участия в про- цессе лечения. Сопротивление является весьма существенной проблемой, т.к. пациент может проявлять его, попросту занимая пассивную позицию (т.е. отказываясь принимать вызов и выполнять задания). В таком случае следует модифицировать стратегию. Сопротивление может стать следствием неправильного временного распределения терапии, постановки перед больным заданий, вызывающих в нем чрезмерный страх или же оказывающихся слишком трудными для человека погруженного в депрессию, недооценки возможных негативных последствий выбранной стратегии или представления ее таким образом, что она становится неприемлемой для клиента. Директивы оказываются необыкновенно полезными для облегчения клиенту интегрирования приобретенного опыта, так чтобы полученные впечатления сформировались в общую систему. Такая интеграция может иметь место лишь при условии, что стратегия принимает во внимание индивидуальные черты клиента, пробуждает мотивацию больного, а

также учитывает возможные последствия присвоения новых стереотипов. Терапевт, применяющий директивы, должен быть всегда готовым к тому, что результат терапии будет отличаться от его ожиданий. Другими словами, стратегии, описанные в данной книге, равно как и разработанные читателем, могут вызвать неожиданные, иногда негативные последствия. Если терапевт не сможет предвидеть возможных, более или менее желаемых реакций клиента и не подготовит себя к ним, его действия могут принести клиенту больше вреда, нежели пользы. А поэтому: осторожность и еще раз осторожность.

ВЫВОДЫ

Ниже приведен список основных положений, которые необходимо учитывать при использовании директивного подхода:

1. Невозможно не оказывать влияние.
2. Сообщение является основным инструментом терапии.
3. Терапия направлена на результат, ее ход стимулирует терапевт.
4. Поведение клиент обусловлено его субъективной интерпретацией действительности, которая у лица, страдающего депрессией, является на удивление неверной.
5. Клиент не “болен”, а его симптомы исходят из отсутствия умения решать проблемы и из ограниченного набора ответов в данном контексте. 6. Терапевт принимает и использует систему восприятия клиента.
7. Условием эффективного воздействия терапевта является установление соответствующего контакта.
8. Отношение “терапевт - клиент является интегральной частью терапии.
9. Директивы используют изменяемые элементы контекста.
10. Паттерны симптомов болезни одновременно существуют на нескольких уровнях.
1 1. Инсаит в механизм депрессии не является чем-то обязательным и даже может принести нежелательные последствия.
12. Бессознательное имеет организованную структуру и способно решать проблемы.
13. Директивные методы используют возможности пациента.
14. Сопротивление может иметь интраперсональный или интерперсональный характер.
15. Директивы облегчают интеграцию приобретенного положительного опыта.
16. В некоторых случаях применение директив нежелательно. Раздел 3

РАЗМЕРЫ ДЕПРЕССИИ

Не следует односторонне подходить к депрессии. Это расстройство складывается из многих компонентов и выступает на разных уровнях жизни клиента. Именно поэтому диагноз и лечение депрессии представляют собой такое трудное задание. Ведь необходимо определить, на каких жизненных впечатлениях пациента следует сконцентрироваться. И какие из них требуют по отношению к себе внимания в первую очередь.

Большинство терапевтов наверняка согласится, что вместе с депрессией появляется множество различных негативных проявлений. Однако официально депрессия квалифицируется как расстройство настроения (American Psychiatric Association, 1987), т.е. считается, что ключевым аспектом этой проблемы являются эмоциональные расстройства. Без сомнения, у большинства страдающих депрессией плохое настроение действительно доминирует в клинической картине болезни. Необходимо, однако, принять во внимание тот факт, что у некоторых больных элемент депрессивных расстройств настроения играет меньшую роль. В таких случаях отражением депрессии являются определенные схемы мышления и реагирования, физическое состояние, стереотипы связей с другими людьми и иные механизмы, проявляющиеся у пациента, и это все несмотря на то, что сам он не чувствует угнетения и не жалуется на депрессию

Убеждение в том, что сущностью депрессии является расстройство настроения, находится в противоречии с часто встречающимся в медицинской среде убеждением о ее распространенности. Кажется, что терапевты соглашаются с тем, что депрессией страдает гораздо большее количество людей, нежели это следует из статистики. Более того, по мнению большинства, многие расстройства (особенно такие, как зависимость) являются следствием клинической депрессии, которая не была выявлена, а следовательно — никто ее не лечил. А поэтому, если существующая диагностическая система недостаточно эффективна и некоторая часть случаев остается не выявленной, напрашивается один единственный вполне логичный вывод: необходима реформа системы. В данном разделе я

пытаюсь доказать, что отношение к депрессии как к расстройству, касающемуся исключительно, или прежде всего настроения, в определенных случаях может оказаться ошибочным. В результате у лиц, действительно страдающих депрессией, эта болезнь не распознается, но наблюдаемые у них симптомы не отвечают критериям DSM-III-R. Итак, образ депрессии затемняется иными патологическими проявлениями и не пытается вмешиваться в механизмы настоящей болезни.

Но критика данной системы — это еще полдела, необходимо выдвигать новые, лучшие предложения. В данном разделе я хочу заняться проблемой многоаспектной природы депрессии и особо сосредоточить внимание на том факте, что расстройство может выступать на бессознательном уровне и относиться к аффективному измерению человеческого опыта. Предположение о том. что механизмы депрессии могут проявляться у лиц, расстройства у которых, кажется, не связаны с настроением, может значительно облегчить диагностику и лечение депрессии.

Терапевт, желающий применить на практике предложенную диссоциативную модель, должен прежде всего ознакомиться с субъективными жизненными впечатлениями клиента. Это основывается на оценке возможностей личности, исходящей из качественной и количественной оценки резервов, которыми она располагает. Какова история жизни пациента? Каковым оказался его жизненный опыт в семье, в отношениях с другими людьми, его успехи и поражения? На чем он сосредотачивается, когда рассказывает о своих проблемах? Особые признаки, облегчающие идентификацию системы отношений клиента, читатель найдет в следующем разделе. Пока же достаточно будет вспомнить, что существуют определенные механизмы, возникающие на определенных уровнях опыта клиента, анализ которых может облегчить проведение более детальной диагностики и необходимого лечения депрессии.

Читателю, который еще не ознакомился с явлением, определяемым как “диссоциация”, аргументы автора могут показаться неубедительными. Это понятие связано с упомянутой в первом разделе теорией функционирования мозга, создатель которой, М. Газзанига, предложил концепцию “модулей”. В данном случае диссоциация рассматривается как способ восприятия, исходящий из самой природы разума, неразрывно связанный с его структурой. Понятие диссоциации определяет естественную склонность разума разбивать опыт как нечто целое на составляющие части. Концентрация на одном аспекте жизненного опыта незамедлительно влечет за собой неполноценное восприятие остальных. Человек, погруженный в чтение (концентрирующий внима- ние на представляемых концепциях и на их конфронтации с его собственными убеждениями) скорее всего утратит (или же сведет к минимуму) возможность наблюдать за происходящим вокруг; он “отключится” и, к примеру, не заметит присутствия других людей или не услышит привычных для него звуков.

Разум ограничен в своих возможностях удерживать состояние полного сознания. К слову говоря, на скольких вещах можно одновременно сосредотачивать внимание? Если я погружен в депрессию и в центре моего внимания находятся болезненные ощущения, как я могу распознать причины, вызвавшие мое теперешнее состояние? Если моим сознанием руководит необходимость согласия и огромное усилие, которое я предпринимаю, чтобы справиться с требованиями окружения, как могу я отдавать себе отчет в том, что мною овладело чувство злости, раздражение и неудовлетворенность, выступающие перед мной в облике неудачи? Если днем и ночью я вкалываю, чтобы не допустить банкротства фирмы, с чувством ответственности за будущее своих работников и своей семьи, могу ли я уделить появляющимся сигналам стресса больше внимания, нежели того требует, к примеру, закрытие форточки? Приведенные выше примеры иллюстрируют зависимость, характерную для любого жизненного переживания: концентрация на одной плоскости вызывает деконцентрацию на другой. Это является естественной особенностью нормально функционирующего разума и неизбежно связано с определенной степенью рассеивания.

Для большинства терапевтов совершенно очевидно, что чувства могут быть оторваны от действительности. Даже в далекой от профессиональной психотерапии среде бытует мнение, что профессия психотерапевта основывается на произнесении фраз типа: “Ты должен отдавать себе отчет в своих чувствах”. Если человек не отдает себе отчета в своих чувствах, значит ли это, что он их не имеет? Ничего подобного. Это пример чувств, которые оторваны от его восприятия (они подверглись диссоциации), и несмотря на это их следует учесть, принимаясь за лечение.

Считая явление диссоциации естественной частью человеческого опыта, мы, тем самым, предписываем ему роль одного из основных факторов, влияющих на процесс создания субъективной действительности. Феномен диссоциации может быть использован конструктивно, с целью концентрации внимания на наиболее важных делах, однако он может действовать и деструктивно, убирая из поля сознания существенные проблемы. Если речь идет о депрессии, факт появления явления диссоциации свидетельствует о том, что люди могут реагиро- вать на вещи, в которых они не отдают

себе отчета, но которые влияют на их чувства, мысли, поведение, изменяя их необходимым, на первый взгляд, образом.

Идентификация таких бессознательных оторванных факторов может оказаться невозможной, даже несмотря на длительные интенсивные усилия, прилагаемые для их обнаружения (с целью познания методов контроля над ними). В таких ситуациях возрастает возможность выдвижения любых гипотез, касающихся этиологии болезни. Кроме того, безрезультатные поиски причин депрессии могут ухудшить состояние больного, утверждая его в убеждении, что лишь открытие причинных факторов может принести улучшение состояния. Иногда выявление депрессии не вызывает никаких сомнений, и тогда сопутствующие механизмы могут стать (и, как правило, так обычно и происходит) в центре внимания терапевта. Однако иногда депрессию трудно выявить из-за отсутствия расстройств настроения, и именно в таком случае принятие во внимание явления отстраненности позволяет заметить такие сопутствующие механизмы и их влияние на субъективный образ жизненного восприятия клиента. Поэтому необходимым является более детальное ознакомление с феноменом диссоциации и многоаспектным характером депрессии.

ИЗМЕРЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОПЫТА

Приступая к сбору информации о клиенте, терапевт должен задать себе несколько важных вопросов. Какие аспекты проблемы, по его мнению, наиболее влияют на субъективное восприятие депрессии клиентом? Какие аспекты доминируют в клинической картине? С чем клиент справляется относительно хорошо? Какие измерения опыта несут в себе наибольший эмоциональный заряд? Что клиент в первую очередь вытесняет из сознания?

На практике любая проблема содержит несколько измерений, которые во взаимосвязи обуславливают восприятие клиента. Это утверждение особенно справедливо для случая депрессии. Обнаружение различных измерений жизненного восприятия и учитывание их роли позволяет увидеть клиента более широко и одновременно с этим расширяет границы терапевтической интервенции. Вместо того, чтобы ограничиться директивами данной терапевтической ориентации, хороший терапевт должен использовать информацию о субъективном восприятии жизни клиентом и методически подстраивать лечение к его специфическим потребностям. Различные измерения восприятия накладываются друг на друга, складываясь в общую картину мира. В случае депрессии доходит до утраты равновесия в системе отношений клиента. Правильное выявление и верное направление лечения позволяют вернуть это равновесие. Это может основываться на воссоздании давней расстановки сил или же, что более правдоподобно, на конструировании новой, более стабильной системы. Так или иначе, взаимодействие различных измерений жизненного опыта клиента должно гарантировать ему удовлетворительное функционирование.

Условием верной оценки субъективного опыта клиента является принятие во внимание следующих измерений! физиологического, познавательного, поведенческого, аффективного, измерения отношений, символического, контекстного и исторического. Восемь данных измерений охватывают три главных области восприятия: интраперсо-нальную, интерперсональную и ситуативную. Вместе они создают основу, необходимую для понимания целостности восприятия.

Физиологическое измерение касается симптомов, выступающих в плоскости, физического восприятия. Они перечислены в таблице 1.

Когнитивное измерение связано с мыслительными шаблонами, характерными для депрессии, они перечислены в таблице 2.

Поведенческое измерение охватывает механизмы, проявляющиеся в поведении страдающего депрессией; о них информирует таблица 3.

Аффективное измерение касается симптомов, являющихся иллюстраций расстройств эмоционального состояния лица, страдающего депрессией; эти симптомы приведены в таблице 4.

Измерение отношений охватывает характерные шаблоны, которые пациент использует по отношению к самому себе и в отношениях с другими людьми. Их список помещен в таблице 5.

В символическом измерении мы находим паттерны, которые выражаются внутренние переживания клиента. Далеко не все сообщения целенаправлены и осознаваемы, большинство из них проявляется скорее в символическойформе, переводя внутренние порывы, желания и убеждения в формы, представляющие переживания ясно, четко и понятно. Символическое измерение охватывает паттерны, представленные в таблице 6.

Седьмое измерение, контекстное, касается таких специфических ситуативных переменных, комбинация которых может спровоцировать появление депрессивной реакции. В общем, все это внешние факторы, на которые больной отвечает депрессивными механизмами. Однако депрессия всегда

появляется в определенном контексте, и поэтому в программе терапии необходимо принять во внимание контекстное измерение. Учёт контекстных факторов имеет огромное значение при оценке степени депрессии, а следовательно, возможности ее перехода в хроническое состояние. Контекстные факторы приводит таблица 7

Последнее измерение, историческое, связано с особыми страницами жизненного опыта лица, в частности с теми из них, которые могли бы стать причиной появления механизмов депрессии. Получение информации о различных ситуациях в жизни клиента и о сделанных им из них выводах, может оказаться необыкновенно полезным для лечения. Множество эффективных терапевтических стратегий использует информацию о прошлом клиента, но решение о том. какие факторы окажутся наиболее существенными для дальнейшей терапии, остается за клиницистом. Образцы, относящиеся к историческому измерению, помещены в таблице 8.

Каждая из восьми таблиц представляет набор особых симптомов, которые можно наблюдать у больных, страдающих депрессией Однако необходимо помнить, что условием постановки диагноза депрессии не является обязательное наличие всех или даже большинства перечисленных механизмов. Автор хотел показать, какое множество различных форм может приобретать данное заболевание, и доказать, что эпизод депрессии, которая уже налицо или вот-вот проявит себя, связан с каждым измерением жизненного опыта. Особые симптомы, связанные с депрессией, будут более детально описаны в следующем разделе. Приведенный ниже подраздел рассказывает о возможностях лучшего планирования и более эффективного проведения терапевтической интервенции. Которая возможна благодаря познанию и принятию во внимание всех измерений болезни в каждом отдельном случае депрессии.

НАЧАЛО ТЕРАПИИ

Поскольку клиент испытывает депрессию на многих, накладывающихся друг на друга измерениях, в начальной фазе интервенции может оказаться весьма полезным определение на каком уровне лечение быстрее всего даст положительный результат. В конечном итоге терапевт должен будет приступить к действию на всех уровнях непосредственно или же опосредованно — однако четко выработанная стратегия особенно важна в начале терапии, т.к. именно в этом периоде формируются ожидания больного, устанавливаются отношения между клиницистом и пациентом, определяется темп процесса лечения, а также появляются паттерны, согласно которым передается обратная информация.

Терапевт в каждом индивидуальном случае должен решить, к какому измерению должна относиться вступительная интервенция в мир клиента. Прежде всего он должен оценить степень возможности угрозы самоубийства. Следует также максимально быстро сориентироваться, насколько интенсивны страдания пациента Способ описания клиентом своих переживаний, т.е. уровень неудовлетворенности, рост и продолжительность симптомов, а также ожидания, возлагаемые на терапию — все это указывает на вероятность того, что ему удастся склонить пациента к активному участию в процессе лечения. Особо важное значение, определяющее успех терапии, имеет выработка позитивных ожиданий.

Основным стержнем терапии должна стать индивидуальность клиента. Проводя терапию, клиницист должен учесть, каким образом клиент обучается и усваивает новый опыт. Даже самые обширные знания терапевта в области депрессии окажутся бесполезными для клиента, если терапевт не сможет донести их до пациента в понятной, доступной форме, т.к. лишь этом случае клиент сможет использовать их с пользой для себя. Поэтому-то стратегические подходы базируются на индивидуальных возможностях пациента (см. Раздел IV). Следует однако отметить, что терапевт должен уметь оценить, какие черты клиента играют первостепенную роль в переживании им депрессии, а какие оказываются менее существенными. Терапевт, к примеру, может заметить в клиенте тенденцию к чрезмерному обременению себя ответственностью за других или же за ход событий, которая деструктивно влияет на его жизнь. Клиницист может посчитать, что это и есть основная черта личности клиента, из которой вытекает депрессивное восприятие и такие же чувства. В таком случае целью терапии становится научить клиента более рационально смотреть на проблему ответственности. Может случиться и так, что проводящий терапию заметит у пациента склонность к изоляции от общества, но несмотря на это клиент находится в стабильной системе поддержки со стороны друзей и семьи. Терапевт может посчитать, что проблема общественной изоляции является в ситуации с данным клиентом второстепенной и, либо не требует незамедлительной итервенции, либо вообще нет необходимости заниматься этим делом. Проведение разграничения между главными и второстепенными паттернами, характеризующими индивидуальность клиента, позволяет терапевту определить иерархию приоритетов, что в свою очередь является основой выбора соответствующей последовательности

директив терапии. Такой подход иллюстрирует описания случаев, приведенных в “Приложении”.

Ранее уже говорилось, что сознательное измерение может быть оторвано от бессознательного. Поскольку сознание ограничено тем, в чем человек отдает себе отчет, лишь определенная часть опыта во всех восьми измерениях может находиться в поле сознания лица, затронутого депрессией. Другими словами, пациент может осознавать лишь некоторые аспекты каждого из измерений или даже совершенно пропускать некоторые из восьми плоскостей опыта. Информация о том, какие измерения клиент осознает, а какие нет, является ценным указателем, касающимся отправной точки лечения Определение — на основе спонтанных высказываний клиента, описывающего свои проблемы — какое измерение или измерения опыта депрессии наиболее доступны его сознанию, особо важно для терапевта по крайней мере по двум причинам. Во-первых, это позволяет наладить более тесный контакт с клиентом и продемонстрировать понимание его способа восприятия. Во-вторых, это дает терапевту большую свободу при принятии решения о том, оказывать ли в начальной фазе лечения влияние на те измерения проблемы, в которых клиент полностью отдает себе отчет, или же направить интервенцию на измерения, недоступные для сознания пациента.

Клиницист совершает данный выбор, основываясь на своих предположениях, касающихся развития симптомов, а также оценивая, какой результат интервенции в данном измерении наиболее правдоподобен: мгновенный успех или столкновение с сопротивлением. Если, основываясь на высказываниях пациента терапевт поймет, что существует возможность самоубийства, выбор способа начала лечения гораздо скромнее, нежели в случае, когда болезнь пациента приобрела хронический характер и он уже сумел к ней адаптироваться.

Посмотрим, как это выглядит на практике. Предположим, что клиент обращается к нам со следующими проблемами. “С того времени, как моя жена погибла в автокатастрофе, все пошло наперекосяк. Я хожу на работу, но не могу ни на чем сосредоточиться, я думаю лишь о том, как мне плохо... У меня беспрерывно болит голова... Мой врач говорит, что это попросту стресс, но боль просто невыносима...Я сплю лишь несколько часов в сутки, я легко засыпаю, но сон быстро прохо- дит. Я просыпаюсь на два-три часа раньше звонка будильника — и просто лежу. Я не знакомлюсь с женщинами, меня к ним не тянет. Дело в том, что меня совершенно не интересует секс, женщины; я чувствую себя таким уставшим, постоянно, хотя врач утверждает, что результаты всех анализов в норме... я очень много ем, чтобы получить больше энергии, но все идет в жир... Со времени ее смерти прошло уже три года. А я все еще никак не могу с этим смириться”.

В данном примере клиент описывает ряд симптомов: плохое самочувствие, нарушения сна, отказ от контактов с окружением, усталость и нарушение аппетита. Из его рассказа можно сделать вывод, что он весьма интенсивно осознает присутствие депрессии в физиологическом измерении. Пациент до определенной степени отдает себе отчет в существовании связи между опытом в физиологическом измерении и в измерении отношений, ассоциируя свои проблемы со смертью жены. Более того, он упоминает об общественной изоляции, хотя и не делает на этом особого акцента.

Когда терапевт убедится, что в клинической картине доминирует физическое измерение, он оказывается перед следующим выбором: Приписать ли обезболивающее и снотворное? Или же гораздо более полезной окажется психотерапия, целью которой станет освобождение пациента от печали и отчаяния? Следует ли начать с повышения жизненной энергии пациента с целью облегчения налаживания дружеских контактов17 Или же лучшим решением была бы поддерживающая терапия, призванная помочь клиенту справиться с гнетущими чувствами. Читатель наверняка мог бы привести целый ряд иных возможностей интервенции, каждая из которых могла бы привести к успеху. Но какая из них пригодна к данному, конкретному случаю?

Процесс лечения становится частью мира больного, если терапевт опирается на рациональные для клиента предпосылки. А затем принимает во внимание систему отношений пациента, вместо того чтобы навязывать ему собственную (как правило) безапелляционную точку зрения. Вот он, основной принцип, которым следует руководствоваться, совершая выбор между непосредственной и опосредованной формами коммуникации с пациентом: чем больше сопротивление со стороны клиента, тем больше потребность применения опосредованных методов. Иными словами, если пациент желает сотрудничать, имеет четко определенные цели, хочет и может использовать свои возможности, активно сотрудничая с клиницистом в терапевтическом процессе, в таком случае нет необходимости обращаться к опосредованным процедурам Если, однако, весьма вероятно, что клиент по определен- ным причинам не прореагирует на непосредственные стратегии (например, нет однозначных целей, не убежден, хочет ли он участвовать в терапии, его ожидания нереальны) — в таком случае больше шансов на успех будет иметь опосредованный подход.

Возвращаясь к нашему случаю: если клиент относительно хорошо осознает проблемы, касающиеся физиологического измерения, а кроме того, по мнению терапевта, в его случае непосредственный подход не сулит успеха, кажется, что наилучшим решением было бы направление интервенции к измерению, на менее доступному сознанию пациента (те. к какому-либо из измерениий, отсутствующих в его рассказе). Как утверждает Зейг (1980), самое сильное сопротивление вызывает интервенция в измерении, занимающем больше всего места в сознании клиента. Такое измерение касается самых болезненных проблем, которые в прошлом неоднократно были целью терапевтических действий. Попытка резкого изменения на этой плоскости наверняка столкнется с решительным сопротивлением. Перелом в ходе лечения совершится, скорее в том случае, если терапевт вначале направит терапию на более нейтральную плоскость, а затем шаг за шагом начнет приближаться к сути проблемы. Попытка поймать сразу всех зайцев, как правило, всегда заканчивается поражением. Однако, с другой стороны, иногда терапевт должен непосредственно заняться теми проблемами, о которых ему рассказывает клиент, чтобы тем самым наладить с ним контакт и завоевать его доверие. Необходимо оценить индивидуальные склонности пациента, на которые можно опереть наиболее оптимальную в данном случае схему терапевтических действий.

На практике вышеизложенный принцип проведения интервенции, направленной на измерения, менее доступные сознанию пациента, означает предоставление ему в ходе терапии информации и впечатлений, укрепляющих в нем осознание собственных позитивных возможностей. Подобная информация должна передаваться в таком темпе, какой клиент готов принять, терапевт не может вмешиваться в механизмы, управляющие его психикой, пока он не наладит с ним удовлетворительного контакта. Терапевт также должен повременить с интервенцией до тех пор, пока он не получит достоверной информации о том, в какой степени пациент осознает влияние депрессии на отдельные измерения своего опыта.

Во время беседы стоит задать несколько вопросов, которые позволяют оценить, в какой степени клиент осознает различные измерения своей проблемы. Такая информация позволяет клиницисту принять решение о том, в какой мере терапия может относиться к области сознания пациента, а в какой должна быть направлена в сторону бессознательного. Ниже я привожу список примерных вопросов, которые позволяют сориентироваться в отдельных измерениях субъективного опыта клиента. Большинство вопросов сформулировано так, что больной получает возможность высказаться спонтанно, не концентрируясь на конкретных измерениях.

1. Можешь ли ты описать свои ощущения в данный момент?
2. Что в твоих переживаниях является для тебя наиболее болезненным?
3. Как бы ты охарактеризовал свои ощущения?
4. Что ты пробовал делать, чтобы почувствовать себя лучше? Что помогало тебе хоть на некоторое время, а что не имело никакого успеха?
5. Что мобилизовало тебя на дальнейшие действия?
6. Что склоняло тебя к прекращению попыток что-либо изменить?
7. Что о твоей ситуации говорят другие? Как ты на это реагировал?
8. Что, по-твоему, является причиной твоих проблем?
9. Как они влияют на твою жизнь?

К). Каково твое отношение к такого рода проблемам?

11. Чего ты ждешь от лечения?

12 Как дошло до того, что ты решил обратиться за помощью к специалисту? 13. Каковы признаки улучшения?

Вышеприведенные вопросы при врачебном обследовании кажутся вполне очевидными, и возможно читатель уже давно применяет их в своей практике. Полученная благодаря этим вопросам информация оказывается необыкновенно существенной во время формулирования плана терапии методами, описанными в данной книге.

Если терапевт все внимание уделяет лишь одному измерению переживаемой депрессии, то это измерение само по себе кажется ему значительным фактором, который вызывает и поддерживает депрессивный характер. В специализированной литературе часто можно встретиться с терапевтическими теориями и программами, которые в принципе разделяют различные измерения опыта и концентрируются исключительно на одном из них, пренебрегая остальными. Например, биологический подход может принимать во внимание лишь физиологическое измерение опыта, полагая, что возвращение химического рав- новесия автоматически ликвидирует и иные механизмы депрессии. Терапевт, ограничивающийся когнитивной теорией, интересуется лишь деформированными схемами

мышления человека, страдающего депрессией; он убежден, что солидная доза рационализма, а также корректировка системы понятий клиента окажутся достаточными, чтобы добиться терапевтического эффекта. Исключительно интерперсональная теория предполагает, что улучшение может вызвать лишь изменение депрессивнных стереотипов отношений больного; а поведенческие техники подчеркивают спасительные последствия корректировки поведения, являющегося следствием действия неверных поведенческих паттернов. Можно привести еще много примеров избирательного подхода к терапии, автор однако желает обратить внимание на то, что выделение отдельных измерений опыта может привести к одноаспектному лечению, которое, как очевидно, не всегда оказывается эффективным в случае депрессии.

Без сомнения, каждая из перечисленных терапий может принести пользу пациенту; искусство заключается в том, чтобы выбрать подход, который окажется единственно верным для данного пациента. Основываясь на спонтанных ответах пациента на приведенные выше вопросы, терапевт может сориентироваться, каких измерений, и в какой степени касается депрессия, а это должно в свою очередь облегчить ему умелое использование терапевтических стратегий.

ТАБЛИЦА I. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ.

- Нарушение сна ((hipersomnia) или (insomnia)).
- Расстройства аппетита (hiper — или hipofagia).
- Чувство усталости.
- Значительные изменения массы тела.
- Расстройства полового влечения (гипер — или гипосексу-альность).
- Тревога.
- Жалобы на конкретное недомогание или же общее плохое физическое состояние при отсутствии видимых органических причин.
- Усиление физических проявлений, органическая этиология которых известна. ТАБЛИЦА 2. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В КОГНИТИВНОМ ИЗМЕРЕНИИ.
- Негативные ожидания (ощущение безнадежности).
- Негативная самооценка.
- Негативная интерпретация пережитого.
- Мысли о самоубийстве.
- Трудности с принятием решения.
- Ощущение “рассеянности”.
- Чрезмерная концентрация на самом себе.
- Трудности с сосредоточением.
- Концентрация на прошлом.
- Склонность к обобщению.
- Мыслительная схема “жертвы” (чувство отчаяния).
- Деформация познания (неверные мыслительные образцы).
- Заостренная или ослабленная перцепция.
- Отсутствие гибкости.

ТАБЛИЦА 3. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В ПОВЕДЕНЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ.

- Нарушение уровня активности (гипер — или гипоактив-ность).
- Агрессивные или деструктивные действия.
- Приступы плача.
- Попытки самоубийства.
- Замедленная или невыразительная речь.
- Попадание в зависимость.
- Общая импульсивность.
- Поведение, противоречащее собственной системе ценностей.
- Деструктивное компульсивное поведение.
- Психомотороное возбуждение или заторможенность.
- Проявление перфекционизма.
- Поведение “acting-out” (отреагирование вовне).
- Поведение “giving-up” (поддаваться, подчиняться). ТАБЛИЦА 4. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В АФФЕКТИВНОМ ИЗМЕРЕНИИ.
- Амбивалентность.
- Отсутствие удовлетворения жизнью (anhedonia).

- Утрата чувства юмора.
- Потеря уважения к самому себе.
- Чувство собственной никчемности.
- Ослабление эмоциональных связей (апатия).
- Плохое настроение, грусть.
- Чрезмерное или неадекватное чувство вины.
- Ощущение собственного бессилия.
- Повышенная или пониженная эмоциональная реактивность.
- Раздражительность, озлобление.
- Сосредоточение на депрессивных ощущениях.

ТАБЛИЦА 5. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В ИЗМЕРЕНИИ ОТНОШЕНИЙ.

- Принятие позиции жертвы
- Значительная зависимость от других.
- Отсутствие значимой общественной позиции.
- Изоляция.
- Апатия, уход от общества.
- Чрезмерная потребность в одобрении.
- Склонность к самопожертвованию, занятие позиции мученика.
- Преувеличенное чувство ответственности за других.
- Приношение ненужных жертв или склонение к этому других.
- Пассивно-агрессивное поведение.
- Размытые или слишком четкие границы индивидуальности личности.
- Стремление к власти или ее избегание.
- Неуместные шаблоны отношений.
- Чрезмерная критичность по отношению к другим. • Узкий круг умений вести коммуникацию (идентифицировать и выражать свои чувства).

ТАБЛИЦА 6. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В СИМВОЛИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ.

- Деструктивные фантазии.
- Повторяющиеся кошмары.
- Мучительные представления.
- Симптомы, представляющие метафорическую репрезентацию внутреннего опыта.
- Интерпретация “значения” депрессии
- Представление о “чудесном выздоровлении”.
- Заинтересованность духовными вопросами, спекулирование этой темой.

ТАБЛИЦА 7. СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ В КОНТЕКСТНОМ ИЗМЕРЕНИИ

Обобщенные, предугадываемые, ограниченные ответы на определенные ситуации; депрессивные механизмы, освобождающие реакции (якоря), касающиеся:

- конкретных лиц
- конкретных мест
- конкретных объектов
- конкретного времени суток (месяца года)

Трудности с верной оценкой требований ситуации и собственных обязанностей

Трудности с размещением (местонахождением) контроля над данной ситуацией

Зависящие от ситуации размытые или закостенелые границы индивидуальности.

Отказ под влиянием ситуации от собственных эстетических ценностей. ТАБЛИЦА 8. ДЕПРЕССИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ В ИСТОРИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ.

- Значительные потери, через которые прошел в прошлом больной.
- Ситуации, в которых больной не имел контроля над ходом событий.
- Противоречивые требования и ожидания окружения, изменчивая среда.
- Узкий диапазон личного опыта.

ВЫВОДЫ

Данный раздел был призван склонить читателя к тому, чтобы, анализируя образ переживаний клиент, он принимал во внимание многоструктурную природу каждой проблемы, а депрессии — в особенности. Автор представил здесь свое убеждение в том, что терапевты, охотно применяющие техники, которые в большой степени используют опыт клиента, достигают более значительных успехов в лечении, нежели те, кто ограничивается лишь одним измерением болезни. Описано восемь измерений

субъективного опыта, а также наиболее типичные проявления, выступающие на отдельных уровнях.

Другая важная тема, затронутая в данном разделе, касается явления, называемого “диссоциацией”. Оно касается того, каким образом данный аспект переживаний “отрезается” от сознания остальных измерений опыта. Выдвинут тезис, что депрессивные механизмы могут действовать в измерениях, недоступных сознанию клиента, способствуя возникновению замкнутого круга, и тем самым вызывая депрессивный эпизод и ухудшая состояние больного. Раздел 4

МЕХАНИЗМЫ СТРАДАНИЯ

Проведенная в предыдущем разделе презентация измерений депрессий указывает на то, насколько сложна проблема, которую поднимает эта книга. Выявление симптомов на различных плоскостях опыта позволяет выявить даже скрытую болезнь, а затем — определить степень ее тяжести и сделать прогнозы на будущее. В данном разделе мы рассмотрим особые механизмы, тесно связанные с депрессией. Эти паттерны не являются простым описанием симптомов; скорее они представляют отражение индивидуального сгиля жизни, мышления, ощущений и поведения данного лица. Представленные ниже модели могут помочь терапевту наладить с клиентом более естественный стихийный контакт, что облегчит ему понимание субъективного восприятия пациента, познание его возможностей и ограничений. Выявление этих паттернов и их роли в процессе восприятия клиентом действительности позволит идентифицировать специфические механизмы, в первую очередь отвечающие за возникновение и развитие депрессии. С другой стороны, это позволит увидеть механизмы, которые, при эффективном использовании в процессе терапии, могут принести значительную выгоду.

Ниже в общих чертах представлены схемы субъективного восприятия действительности. Кроме того, рассмотрена роль, которую они играют в депрессии. Некоторые из этих паттернов описаны в качестве диагностических критериев (Зейг, 1980,1984; Лэнктон и Лэнктон, 1983). Они могут стать основой практической интерпретации спонтанного высказывания клиента, согласно подходяу, ориентированному скорее на субъективное восприятие пациента, нежели на окостенелые диагностические правила.

КОГНИТИВНЫЙ ТИП

В детально разработанной и ценной в терапевтическом отношении когнитивной модели подчеркивается роль, которую в появлении и развитии депрессии играет познание. Расстройство процессов познания были исчерпывающе описаны в литературе, посвященной когнитивной терапии (Бек, 1973, 1983); (Варне, 1980); в дальнейшем автор сосредоточится скорее на общем стиле мышления данного лица, который делает его восприимчивым к подобного рода расстройствам. В данном случае образ мышления человека рассматривается с учетом по крайней мере двух критериев. Здесь можно выделить контимум “абстрактный-конкретный”, а также “глобальный - линеарный”.

Определение места пациента на оси “абстрактный - конкретный” заключается в оценке степени его способности к абстрактному мышлению. Это являет собой информацию, необходимую для выработки оптимальной стратегии интервенции, т.к. чем более конкретизирован образ мышления пациента, тем меньше вероятность того, что он будет без помощи терапевта переносить опыт, приобретенный в данном особом контексте на другие, аналогичные ситуации. Человек “конкретный” проявляет тенденцию к мышлению, приспособленному к “осязаемой” действительности; в отличие от мыслителя абстрактного, который свободно перемещается в пространстве, оторванном от “объективной” реальности, реагируя на теоретические формулировки так, словно они являются конкретными объектами. Образ мышления находит свое отражение, кроме всего прочего, в языке, речи пациента; внимательно вслушиваясь в спонтанно выражаемые чувства и мысли клиента, терапевт может легко оценить реальный уровень его конкретности или абстрактности. Склонность к чрезмерно конкретному или же к чрезмерно абстрактному мышлению может при определенных обстоятельствах привести к депрессии. Множество из описанных в специализированной литературе расстройств процесса познания — это зарегистрированные примеры конкретного мышления, особенно подход “все или ничего”, создающий незамысловатую, но опасную дихотомию восприятия действительности, в которой на самом деле никакого разделения не существует.

Исследования показывают, что лица, страдающие депрессией, отличаются более конкретным образом мышления. Абстрактное мышление также иногда затрудняет надлежащее функционирование, т.к. делает невозможным совмещение оторванных понятий и чувств с необходимостью делать в повседневной жизни конкретные выборы на основе четко сформулированных критериев. Вот пример высказывания пациента, страдающего депрессией; “Вот уже много лет я не могу справиться с депрессией, я не могу выбрать нужное направление, набрать энергии, соединиться с миром и реализовать себя”. Что значат эти слова? Понимает ли смысл этих слов читатель? Автор — не понимает.

Да и пациент наверняка не сможет уточнить свое высказывание, т.к. отсутствует связующее звено между этими понятиями и реальным опытом. В этом случае следует начать с наделения переживаний клиента конкретным значением посредством определения таких абстрактных идей, как: “направленность”, “единение”, “самореализация”. Если пациент представляет конкретный тип мышления, непосредственной целью терапии становится формирование способности абстрактного мышления и обобщения того, что до настоящего времени он привык рассматривать как случайные, не связанные между собой переживания. В случае с абстрактным мыслителем целью является формулирование четких, пригодных к применению на практике определений желательных ценностей.

Континуум “глобальный - линеарный” отражает склонность данного лица к реагированию более или менее организованным образом, к наделению приоритетами мыслей и чувств. Характерный для пациента тип познания можно очень легко выявить по тому, каким образом он представляет свои проблемы. Соблюдается ли определенная последовательность: исходя из хронологии, степени тяжести или чего-либо еще, или может быть его речь — это поток бессвязных слов? Для сравнения автор приводит примеры двух типов высказывания: 1 “на меня свалилось множество проблем, и я отдаю себе отчет в том, что мне не под силу будет справиться со всеми проблемами сразу. Лучше всего мне начать с проблемы X, а затем перейти к Y, Z”. (Линеарное мышление). 2 “У меня масса проблем, с которыми я должен как-то справляться, и я надеюсь, что вы поможете мне в вопросе X, Y, Z, чтобы я смог почувствовать себя лучше”. (Глобальное мышление).

В упрощенном варианте разница между линеарным и глобальным мышлением выглядит следующим образом: линеарный тип видит деревья, но не замечает леса, глобальный тип видит лес, но не различает в нем отдельных деревьев. Каждый из этих типов мышления можно отнести к депрессии. Здесь могут выступать два рода тенденций: тенденция к расщеплению восприятия и слишком подробному анализу и тенденция к реакции столь обобщенной, что больной не в состоянии выделить те составные элементы события, которые могли бы спровоцировать новый, более правильный ответ. Этот второй вариант является для депрессии более характерным; в большинстве своем больные склонны мыслить глобально, и они, как правило, реагируют на совокупность событий единым депрессивным ответом. Клиент воспринимает действительность как запутанный узел проблем, являющийся непреодолимой преградой на пути к личному счастью. Когда клиент демонстрирует неспособность к упорядочиванию и методичному разрешению своих проблем, становится ясно, что его мышление носит гло- бальный характер. В депрессии такую тенденцию проявляют даже те лица, мышление которых носит линеарный характер. Множество применяемых сегодня терапевтических интервенций заключается в разделении проблемы на более мелкие, не столь сложные компоненты, которые затем подвергаются линеарному анализу.

ТИП РЕАГИРОВАНИЯ

В любом виде терапии, а особенно в терапии директивной, главным фактором, учитываемым при выборе определенного подхода, является тип реагирования клиента. При рассмотрении типа ответа клиента, можно принимать во внимание по крайней мере два континуума! “направленный на себя - направленный на других” и “открытый - неприступный”. Анализ обоих этих аспектов проведения интервенций более подходит к данному случаю: непосредственный или опосредованный. Клиницист должен быть гибким, чтобы в любой момент терапии суметь приспособиться к требованиям ситуации, за исключением случаев, когда по каким-либо причинам терапевт должен будет проявить решительность и категоричность по отношению к клиенту. Каждый директивный подход использует как непосредственные, так и опосредованные методы интервенции, согласовываясь с принципом нет такого пациента, который бы в течение всего терапевтического процесса нуждался бы в последовательном применении только одного метода.

ТИП КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ

Способность данного лица сосредотачивать внимание можно определить при помощи по крайней мере двух континуумов: “сосредоточенный - рассеяный”, а также “существенно - несущественно”. Также как и в описанных нами ранее случаях, речь идет об оценке поведения пациента в данной ситуации в количественном, а не в качественном отношении. От того, в какой мере личность способна сосредоточиться, зависит не только характер ее отношений с терапевтом, но и степень вовлечения в процесс преобразования субъективного восприятия. Рассмотрим континуум “сосредоточенный - рассеянный”: Если пациент способен сосредотачивать внимание на проблеме, может достаточно долго удерживать в сознании определенную мысль, чтобы понять ее значение и содержание, у терапевта появляется гораздо больше шансов эффективно передать информацию и получить многозначный ответ. Если же мы имеем дело с лицом, у которого отсутствует способность к концентрации внимания, или же

эта способность нарушена (например, по причине экстремально глобального стиля познания, по причине присутствия чувства тревоги, усталости, сильных эмоций), вероятность вовлечения такого лица в обмен информацией невелико.

Можно сказать, что рассеивание внимания стоит бок обок с мышлением глобального характера; следует также добавить, что способность к сосредоточенности у пациента, страдающего депрессией невелика ввиду его плохого общего самочувствия. В результате клиент не сможет применить на практике потенциально эффективные программы действия, а его ответ на первый взгляд производит впечатление сопротивления, проявляющегося в форме стагнации. Очень часто стагнация у пациента является манифестацией не столько сопротивления, сколько ограничений, связанных с различными паттернами, описанными в данном разделе. Терапевт всегда может определить степень способности клиента к концентрации внимания, наблюдая за тем, как он отвечает на интеракции. В состоянии ли клиент развивать и продолжать тему дискуссии? Может ли он целиком посвятить свое внимание терапевту, игнорируя внешние раздражители (например, такие звуки как телефонный звонок, автомобильная сирена и другие отзвуки повседневной жизни); легко ли рассеивается его внимание, и часто ли ему приходится напоминать, о чем шла речь? Степень способности к концентрации данного лица обуславливает его возможности налаживания эффективного взаимопонимания, и первичной целью терапии может стать привлечение внимания пациента с помощью таких непосредственных средств, как, например, гипноз. Даже не слишком сложная по структуре процедура индукции, или релаксации, может оказаться полезной, уменьшая чувство беспокойства и углубляя способность к концентрации. Некоторые лица нуждаются в особенно интенсивной стимуляции — они быстро утрачивают заинтересованность, если уровень стимуляции недостаточно высок. Такие люди способны сосредоточиться лишь на короткое время и отказываются от глубинных переживаний событий в пользу их разнообразия. Однако тем самым они приводят в движение замкнутый круг, и в конце концов их внимание в состоянии привлечь лишь очень сильный раздражитель. Интерес удерживается лишь минуту, а поскольку сильные стимуляторы появляются нечасто, текущая жизнь воспринимается как скучное прозябание, и экзистенция сокращается до единичных эпизодов “настоящей жизни”, разрывающих постоянное чувство монотонности. Жизнь ни для кого не является неустанно возбуждающим приключением, но лица с чрез- мерной потребностью в стимуляции все события, за исключением редких периодов взлетов, трактуют как пустые и ничего в себе не несущие.

Способность к концентрации можно также определить с помощью континуума “существенное — несущественное”. Основывается это на определении, имеет ли клиент тенденцию обращать внимание на наиболее существенные аспекты проблемы, или же он реагирует на детали, не имеющие связи с сущностью проблемы. Без сомнения, если пациент, находясь в конфронтации с проблемой, концентрируется лишь на побочных деталях, это свидетельствует об определенной склонность к избеганию, уклонению от чего-либо . однако с другой стороны, избегание не является единственной причиной такого поведения — у пациента просто могут быть трудности с идентификацией вопросов, формирующих суть проблемы, поэтому он реагирует на иные, менее существенные аспекты дела. Подобной интерпретации действительности может содействовать, например, глобальный или конкретный образ мышления, что в конечном итоге подводит к ошибочным решениям, весьма типичным для лиц, страдающих депрессией. Примером может быть следующее рассуждение: “Если я перееду в другой город — все уладится”. Но чаще всего единственным результатом такого решения становится смена адреса, а от депрессии так и не удаётся убежать. Больные, как правило, отличаются ограниченной способностью решать проблемы, и терапевтической целью становится по-мошъ в формировании таких способностей.

ТИП ВОСПРИЯТИЯ

Переводя объективную действительность в субъективное восприятие, каждый человек неизбежно преувеличивает или преуменьшает отдельные аспекты событий с целью поддержания собственной концепции действительности. Зейг (1984), описывая этот процесс преобразования полученных впечатлений, говорит о “преувеличении” или “преуменьшении” жизненного переживания. Можно сказать, что одни люди склонны делать из мухи слона, а другие — из слона муху. Короче говоря, некоторые склонны к преувеличению, а другие — к преуменьшению.

Паттерны амплификации и минимизации присутствуют у всех людей. Они основываются на процессе неустанной селекции, которая по большей части происходит вне сознания человека. Некоторые избранные переживания преувеличиваются, в то время как другими че- ловек вообще пренебрегает. В случае с людьми, страдающими депрессией, данный механизм проявляется в отличительном способе преобразования информации, носящий различный характер. Если ситуация

представляет какие-то позитивы (например, награду, шанс, поддержку), больной, как правило, сводит к минимуму их ценность. Если же получаемые импульсы носят негативный характер (напримр, препятствия в достижении цели, критика, отвержению), пациент чаше всего преувеличивают их значение.

Некоторые больные отдают себе отчет в своей склонности к преувеличению негативных аспектов и преуменьшению позитивных. Они осознают эту слабость, пытаются компенсировать ее выражением преувеличенного оптимизма по отношению к себе и к другим. Однако все это — лишь попытка убедить самого себя в собственной ценности, она вовсе не ведет к действительному признанию собственных достоинств.

Терапия лиц, страдающих депрессией, должна быть направлена главным образом на происходящие в их психике процессы селекции, а также на механизмы нарушения восприятия С положительным результатом можно применить множество методов, представленных в когнитивной терапии Бека (Бек, 1973, 1983), т.к. между восприятием человека и его мыслями и чувствами существует тесная взаимосвязь. Пациент, основываясь на повседневном опыте, может научиться выявлять нарушения процесса формулирования выводов. По мере систематического анализа нарушенных паттернов и замены неверного образа действительности новым, более адекватным, негативные обобщения во многих вопросах могут быть опровергнуты и модифицированы.

Когда клиент овладеет умением относительно верно воспринимать окружающий его мир (т.е. уменьшится его склонность к амплификации или же преуменьшению значения того или иного события, явления и т.д.), например, благодаря принятию во внимание точки зрения других людей либо самостоятельной выработки альтернативных перспектив — тогда он начнет замечать многоаспектность каждой проблемы. Располагая широким спектром интерпретаций, клиент становится способным к более конструктивным реакциям и освобождается от давних механизмов, которые укрепили в нем негативный образ действительности. Если терапевт не обратит внимания на присутствующие у клиента нарушенные паттерны восприятия, эмоциональное содержание этих неверных интерпретаций будет расширяться еще более деформируя перцепцию больного и усиливая поддерживающий депрессию процесс негативного преобразования информации. Так или иначе, первым ответом пациента будет скорее всего автоматическое возвращение к старым схемам негативного или же преувеличенного реагирования, но соответствующая терапия может подвести к формированию эффективных нейтрализующих механизмов, что уменьшит опасность будущих проявлений болезни.

ПРЕДПОЧИТАЕМАЯ РЕПРЕЗЕНТАТИВНАЯ СИСТЕМА (ПРС)

Клиницист должен определить предпочитаемую клиентом сенсорную модальность, в области усвоения, интеграции, накопления и использования информации. Специфическая для пациента сенсорная модальность называется первичной репрезентативной системой или ПРС (Бэндлер и Гриндер, 1975, 1979). Идентификация предикатов, основанных на чувственном восприятии, проявляющихся в спонтанных языковых выборах клиента, дает терапевту возможность реагировать на его высказывания в соответствии — либо не в соответствии — с ПРС пациента, в зависимости от желаемого результата. Приспосабливание к предикатам ПРС клиента, как правило, способствует укреплению отношений клиента с терапевтом, а тем самым увеличивается вероятность воздействия на клиента. ПРС непосредственно влияет на внутреннюю репрезентацию восприятия, и поэтому ознакомление с данной системой позволяет терапевту лучше понять то, каким образом клиент воспринимает действительность, а также позволяет клиницисту выбрать нужный метод преобразования внутренних представлений пациента в терапевтических целях. Лицо, страдающее депрессией, может описать переживаемое им по-разному: например, “меня накрыла черная туча” пли “давящая боль сжимает мне горло”. Первая формулировка касается визуальной интерпретации, вторая — кинестетической. Поскольку депрессия в большинстве случаев проявляется в расстройстве настроения, она заключает в себе преимущественно кинестетическую ПРС; в сознании клиента преобладают депрессивные ощущения. Клиент может непосредственно испытывать их, или же они могут являться продуктом негативных визуальных представлений, или же негативного внутреннего монолога. Изменение этих депрессивных представлений может стать одной из терапевтических целей.

С концепцией ПРС связано понятие степени интенсивности внутренней репрезентации. Четко ли определена эта репрезентация, или, может быть, расплывчато? Чем более она конкретна, тем более высокий уровень эмоциональной реактивности она вызывает. И наобо- рот — чем менее выразительным является внутренне представление, тем ниже будет уровень реактивности. Создание новой репрезентации и повышение ее интенсивности может вызвать у пациента новую, позитивную реакцию.

ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ

Помимо истории семьи, чем мы займемся несколько позже, терапевт может принять во внимание и другие специфические аспекты истории развития клиента. Они касаются окружения, в котором рос пациент, его настоящий стадии развития, а также следующего этапа, которого он мог бы достичь благодаря терапии (Лэнктон и Лэнктон, 19КЗ).

Окружение, в котором вырастает личность, в основном формирует характер ее жизненного восприятия, а также систему ценностей и собственный взгляд на мир. Человек, вырастающий в городе, имеет больший выбор жизненных возможностей, нежели житель села. Аналогично этому, мир окраин предлагает иной опыт, нежели центр города. Поскольку различное окружение заключает в себе различные системы отношений, контекст, в котором происходило развитие клиента, оказывается весьма существенным, особенно если учесть то, что доступные нам данные говорят о более широком распространении депрессии среди горожан. Чтобы объяснить этот факт, некоторые выдвигают следующее суждение: в городе область жизненных возможностей очень велика, и чрезмерный стресс, связанный с выбором удовлетворяющего человека жизненного пути предрасполагает к депрессии. Определенную роль в развитии этой болезни могли сыграть и другие, типичные для урбанистического окружения явления, такие как перенаселенность и шум.

На субъективное восприятие действительности влияет также конкретная стадия развития данного лица. Каждый этап жизни ставит перед человеком особые задачи. Депрессия может появиться в любом периоде жизненного цикла. Анализ этапа развития, непосредственно предшествующего появлению болезни, с учетом стрессов, через которые прошел клиент, позволит терапевту сориентироваться, имеет ли он дело с острой проблемой, связанной с текущим периодом жизни, или же с хроническим, укрепившимся патологическим стереотипом, который удерживается вне зависимости от фазы развития клиента.

Так или иначе, не вызывает сомнения то, что клиент находится в постоянном процессе развития, и терапевт должен определить, какой будет очередная стадия этой эволюции. Таким образом, появляется цель, на которую можно направить терапию, и задачей клинициста становится облегчить пациенту достижения следующего этапа личностного развития. Клиницист может задать себе следующие вопросы. Что ограничивает пациента? Каких умений ему не хватает? Какие проблемы необходимо решить, чтобы клиент мог развиваться дальше? Чему он в состоянии научиться? Каким образом его достижения могут влиять на будущие стадии развития? На то, как клиницист подходит к этим вопросам, большое влияние оказывают его взгляды на природу изменения — например, рассматривает ли он ее как постоянный, непрерывный процесс или же как процесс непостоянный.

ПОЗИЦИЯ В СЕМЬЕ, ДИНАМИКА СЕМЬИ

В специализированной литературе широко рассматривается связь между паттернами социализации, выступающими в семье, из которой произошел человек, и паттернами, которым человек подчиняется всю жизнь. Роль в семье, принципы, атмосфера, ожидания, паттернами общения и решения проблем, а также иные ключевые компоненты семейной системы имеют принципиальное значение в период формирования в нас чувства собственной ценности и значимости, а также образа восприятия мира. Члены семьи, эмоционально отдаленные от ребенка или же физически или психически использующие его, могут развить в ребенке чувство беспомощности, бессилия и столкнуть его на позицию жертвы, что зачастую приводит к депрессии.

Позиция в семье может играть существенную роль в формировании индивидуальности человека, хотя и не существует однозначных доказательств того, что это правило является универсальным (Гибсон, 1983). Однако известно множество конкретных случаев, когда, например, старшие дети обременены обязанностью постоянно заботиться о младших братьях и сестрах. Если с раннего детства человеку прививается сильное чувство ответственности, оно в конечном итоге может подвергнуться нарушению и начнет деструктивно влиять на жизнь личности. И наоборот: человек перед которым с детства не ставили никаких требований, не проявляет в дальнейшей жизни чувства ответственности или же обладает им в недостаточной степени.

Примером последствий чрезмерно ответственной позиции в семье может послужить следующая история. На плечи младшей дочери легла огромная ответственность, когда ее мать заболела СПИДом вследствие заражения во время переливания крови. Обязанности младшей дочери, по мнению больной матери, были непомерно велики, в отличие от той роли, которую играла в семье старшая дочь, ранее уехавшая из родного дома. Младшая дочь естественным положением вещей была “обречена” на роль сиделки. Стресс, связанный с огромной ответственностью, оказался слишком велик, и девушка впала в глубокую депрессию. Этот случай четко иллюстрирует влияние позиции в семье на характер переживаемых впечатлений.

СТЕПЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ

Каждый человек стоит перед необходимостью постоянно восстанавливать равновесие между стремлением к жизни для других и стремлением к жизни для себя. Все мы постоянно испытываем давление со стороны окружения, требующего от нас удовлетворения чужих потребностей, и одновременно с этим такое же сильное внутреннее давление приказывает нам “быть верным самим себе” и принимать решения, исходя из собственных выгод. Часто кажется, что эта дилемма не имеет решений: “Если я подчинюсь тебе, я получу твое одобрение, но возненавижу себя; если же я удовлетворю себя, я рискую быть отвергнутым тобою”. Нетрудно объяснить колебания равновесия у человека, который борется за удержание чувства собственной индивидуальности, находясь при этом в конфронтации с постоянным давлением со стороны окружения. Когда кто-то отказывается от собственного “я” в пользу других людей и утрачивает собственную индивидуальность, становясь в сущности лишь отражением тех, с кем он чувствует себя связанным — стираются границы, представляющие сущность его индивидуальности. Такой образ жизни можно определить как “увязание”. Если же кто-либо столь далеко отдаляется от окружения, что кажется, будто бы между ним и другими напрочь отсутствуют связь и отношения — в таком случае употребляют термин “отстранение”.

Проблема индивидуализации необычайно существенна по нескольким причинам. Во-первых, степень автономии, характеризующая функционирование данной личности, связана с такими ключевыми вопросами, как, например, ответственность перед а также за других людей. Ответственность, в свою очередь, охватывает способы, к которым человек прибегает, справляясь с чувством вины, с принятием решений, и тому подобные схемы. Тем самым, род жизненных впечатлений человека, а также требования, выдвигаемые ему окружением, в значительной мере являются отражением его чувства собственной индивидуальности. В-третьих, ощущение себя существом особым порождает потребность в господстве над внешними обстоятельствами, что может привести к нарушению восприятия в данной области. Анализируя круг и характер контактов клиента с окружением, равно как и его способность “открываться” навстречу людям, терапевт может выявить существование дисфункции паттернов индивидуальности. Пациент может, например, без труда “раствориться” в других до такой степени, что окажется неспособен самостоятельно принимать решения — или же, наоборот, он отдаляется от окружения настолько, что оказывается не в состоянии наладить близкие, тесные отношения. Достижение пациентом равновесия между его “правильным” функционированием в качестве компетентной, независимой личности с одной стороны и гармоничной части общественной системы с другой стороны является обязательной терапевтической целью.

ВОЗРАСТ И ПРОЦЕСС ПРОГРАММИРОВАНИЯ ЦЕННОСТЕЙ

Индивидуальная система ценностей, приобретаемая в ходе процесса социализации обуславливается многими факторами, происходящими из различных источников. По убеждению автора, личная система ценностей является наиболее существенным детерминантом того, чего в состоянии достичь данное лицо. Приобретение способности введения порядка в первоначально хаотический мир жизненных впечатлений связано с интернализацией мыслей и чувств, касающихся того, что нормально или ненормально, правильно или неверно, хорошо или плохо, и т.п. Все это оценивающие суждения, определяющие границы опыта. В ходе взросления и социализации, как на уровне семьи, так и в более широком общественном контексте, формируются стереотипы, обуславливающие позднее позицию личности в системах и подсистемах. С ходом времени системы проходят процесс естественной эволюции, а ценности, связанные с данными, постоянно происходящими, изменениями, также включаются в структуры, определяющие мировоззрение личности. Терапевт, занимающийся депрессией, особо должен принять во внимание ценности, связанные с изменениями вдоль континуума “ригидный- гибкий”, а также “ориентация на задание — ориентация на людей”. Морис Массей (Morris Masscy) (1979) описал процесс интернализации ценностей в контексте норм культуры. действующих в американском обществе в течение нескольких последних десятилетий. Массей полагает, что личная система ценностей на индивидуальном уровне в значительной мере предопределяется систе- мой ценностей, господствовавшей в обществе в период взросления и формирования данного лица. Данный процесс он назвал “программированием ценностей”. Массей утверждал, что система ценностей на 90% формируется до 10-летнего возраста, а в возрасте двадцати лет она уже на 100% сформирована. Основываясь на возрасте пациента, терапевт может судить о том, какой опыт процесса программирования ценностей клиент уже имеет за плечами. Далее Массей утверждает, что изменение системы ценностей может произойти только под влиянием события, несущего в себе необыкновенно сильный эмоциональный заряд, которое в состоянии затронуть глубинные пласты психики, т.е. так

называемого “значительного эмоционального события” (Significant Emotional Event — SEE). Терапию можно трактовать как искусственное, плановое создание,- значительного эмоционального события (Япко, 1985), в котором ценность, считаемая клиницистом неблагоприятной, используется в качестве объекта терапевтической интервенции. Данные положения представлены в работе “Метод Эриксона: ценности в подходах Эриксона”, (Япко, 1985).

Среди ценностей, признаваемых лицом, страдающим депрессией, могут обнаружится и такие, которые вызывают или углубляют болезненное состояние. Например, если самооценку обуславливает такая ценность, как “совершенство”, это нередко приводит к появлению навязчивой идеи, а в результате — к невозможности достичь удовлетворения, т.к. ничто не совершенно в нашей жизни. В другой ситуации признание безоговорочного приоритета “сохранения брака” может привести к тому, что клиент будет держатся за союз, в котором его просто используют, что станет в конечном итоге причиной депрессии. В данной книге приведено множество примеров, иллюстрирующих то, каким образом безусловная привязанность к определенным ценностям ограничивает жизнь пациента. Они являются доказательством того, что анализ системы ценностей клиента, а в дальнейшем — активная интервенция являются основой эффективного лечения.

Некоторые из описанных в данном разделе механизмов представляют собой непосредственный результат принятых данным человеком ценностей. Используя представленный выше набросок данных схем, читатель наверняка сможет идентифицировать ценности, о наличии которых в системе ценностей данного человека говорит, например то, что он большое внимание уделяет мелочам, зависит от авторитетов, руководствуется эмоциями, поиском близких контактов с окружающими, наделяет себя слишком большой ответственностью за семью или же избегает предпринимать какие бы то ни было действия. В депрессивной модели мира особенно важная роль принадлежит ценности, колеблющейся вдоль континуума “ориентация на задание — ориентация на людей”. Необходимо спросить у себя, кому или чему отдается приоритет в системе ценностей данного лица — людям или выполнению поставленных задач. Эта ценность была детально исследована в контексте организованных схем, относительно ее влияния на атмосферу и продуктивность функционирования. На индивидуальном уровне она предопределяет степень вовлечения клиента в отношения с терапевтом. Клиент, ориентированный на людей, будет склонен признать близкий контакт с терапевтом основным элементом терапии. Лицо же, ориентированное на задание, воспринимает терапевта лишь как инструмент, служащий достижению цели, которой является преодоление депрессии. Каждая из этих ориентации заключает в себе различные критерии самооценки и различный способ видения мира. Ориентация на задание вызывает неустанную потребность демонстрировать достижения, в то время как человек, ориентированный на людей, для поддержания чувства собственной ценности, нуждается в постоянном одобрении окружения, из-за чего производит впечатление личности с низкой степенью индивидуальности. В каждом случае лечения должно касаться негативных последствий принятой системы ценностей.

Континуум “гибкий - ригидный” описывает ценности, которые — по крайней мере отчасти — предопределяют реакцию клиента на терапию. Если его система ценностей и вытекающие из ее стереотипы очень жесткие, несгибаемые, воздействие терапевта на пациента будет, безусловно, более слабым. Говоря в общем, несгибаемость является своего рода защитной скорлупой, благодаря которой человек может сохранить свои убеждения. Несгибаемость обеспечивает стабильность восприятия. Чем более ограничена сфера жизненного опыта, тем большее убеждение, сформулированное в процессе социализации, в том, что есть вещи абсолютно “верные” или абсолютно “неверные”, тем более негибкой оказывается позиция. Гибкость, или более зрелый ответ, появляется тогда, когда человек в состоянии понять, что другие могут поступать отличным от него способом, и, несмотря на это, их поступки окажутся “правильными”.

Принятие того факта, что каждый должен выработать свою, “правильную” программу действия, нуждается, к сожалению, в большей гибкости, нежели та, которой располагает заурядная личность. Лицо, убежденное в том, что его взгляды оказываются единственно верными, часто пытается манипулировать другими, пробуждая в них чувство вины, смущая их или же используя иные подобные техники. Когда терапевтической целью становится обретение клиентом большей гибкости, пациент тем самым учиться принимать себя, а также других, что является важным шагом в направлении развития лиц, сражающихся с депрессией. Когда проблема противоречия между вещами абсолютно правильными и абсолютно неверными решается, клиент начинает задавать себе более существенный, терапевтически нацеленный вопрос: “Являются ли мои действия эффективными, а если нет, то какие оказались бы более эффективными?” Если система ценностей начинает в большей степени концентрироваться на прогрессе,

на эффективности, а также на согласии с собственным и чужим выбором, пациент приобретает большую гибкость, а в результате качество его жизни заметно улучшается. Принимая во внимание фундаментальное значение индивидуальной системы ценностей для надлежащего функционирования человека, рекомендуется максимально глубокое ознакомление с мировоззрением клиента и использование этих знаний при контактах с пациентом.

СТЕПЕНЬ КОНТРОЛЯ НАД СОБЫТИЯМИ

Положение, определяемое в литературе как проблема “локализации контроля”, касающаяся чувства ответственности личности за то, что она переживает, неоднократно было предметом научных диссертаций. На способ интерпретации событий существенное влияние оказывает чувство контроля над текущими событиями и ответственность за них. Часть людей считает, что то, что человек испытывает в жизни, является продуктом сознательных и/или бессознательных выборов, а следовательно, контролируется. В крайней форме это убеждение подводит к следующему утверждению: “Ты ответственен за все, что с тобой происходит. Болен ты или здоров, беден или богат, на вершине успеха или на дне падения — все это зависит только от тебя. Если ты действительно чего-то желаешь, найди способ, чтобы достичь этого”.

Другие являются приверженцами иной точки зрения, полагая, что текущие события остаются вне контроля, а людям не остается ничего другого, как отдаться в руки судьбы. Или, короче говоря: “Моя жизнь, моё будущее зависит от других людей, от обстоятельств, в которых я окажусь, что будет, то будет”.

Ни одна из этих крайностей не отражает действительного положения вещей, т.к. то, в какой степени мы ощущаем себя “жертвами” своей судьбы предопределяется различными жизненными контекста- ми. а также тем, как мы воспринимаем результативность наших ответов на каждый из контекстов. Чем больше эффективность ответа, тем более обобщенное чувство господства над собственной жизнью присутствует в человеке. Однако никто во всей полноте не господствует над любым событием в своей жизни, никто не знает всего. Ситуации, которых человек не понимает, вызывают чувство покорности, а когда данное лицо воспринимает свой ответ как эффективный и даже имеющий вредное влияние, оно утрачивает ощущение собственной значимости и становится восприимчивым к депрессии. Одним из основных проявлений депрессии является беспомощность, главный элемент модели “заученной беспомощности” (Селигман, 1973, 1974, 1975, 1983). Личность, страдающая депрессией, во всяком случае та, которая не может справиться с мучительными проявлениями, характеризуется, независимо от специфики' нарушений, складом ума, присущим жертве. Такой человек уже пытался что-то изменить в своей жизни, но безрезультатно. Перед лицом трудностей он чувствует себя совершенно беспомощным и утратив веру в собственные возможности — обращается к терапевту с отчаянной просьбой спасти его. хотя в глубине души он считает, что ему уже ничего не поможет. В данном моменте важным становится принятие рассмотренного в предыдущем разделе предположения о том, что некоторые проявления депрессии могут не осознаваться и могут относиться к иной, не аффективной, сфере. Проследим это на примере склада ума “жертвы”. Даже если данное лицо в состоянии частично контролировать свою жизнь, то по крайней мере в механизмах, связанных с патологическими стереотипами, проявляется позиция “жертвы”. Такая позиция, как и депрессивный элемент, появляется всегда в связи с проблемами. Степень обобщения этого зависит от специфических диссоциативных способностей лица, рассматриваемых далее в этом разделе.

Исходной точкой для терапевта должно стать определение того, каких измерений опыта касается чувство контроля клиента. Считает ли клиент, что его проблему вообще не удастся решить? Можно ли идентифицировать обстоятельства, при которых возникла депрессия? Существует ли, с объективной точки зрения, возможность овладеть де-прессиогенными обстоятельствами, и если да, то в какой степени? А может условия, в которых находится клиент, не удастся изменить? И далее: относится ли позиция “жертвы” к большинству измерений жизни клиента? Или же клиент в принципе владеет переживаемыми им событиями? От ответа на эти вопросы зависит та фаза клинической интервенции, в которой терапевт определяет роль клиента в процессе лечения. Если, к примеру, позиция “жертвы” доминирует у больного во многих измерениях жизненных переживаний, клиницист может предположить, что пациент скорее всего не будет проявлять большого желания вовлечься в выполнение терапевтических директив (таких как описанные в данной книге). Эти директивы направлены на формирование контроля, а это идет в разрез с общим представлением о себе как о “жертве”. Именно так происходит, когда клиницист в ответ на попытки стратегического решения проблем пациента встречается с хорошо известной формой отклонения. “Да, но”. Облегчение отказа от позиции “жертвы” в пользу активного контролирования своего жизненного опыта является важным элементом

эффективной терапии. Очередной шаблон, связанный с проблемой контроля, относится к проблеме чувства вины. В результате принятия позиции жертвы пациент начинает обвинять в возникшей ситуации себя или других. В зависимости от того, существуют ли действительные возможности овладения ситуацией, чувство ответственности может утрачивать адекватность. Некоторые берут на себя вину за возникшие обстоятельства, и корят себя за то, что допустили события, которых в общем-то никто и не смог бы предотвратить. Это часто встречающаяся в депрессии позиция является следствием переживания “злости, обращенной вовнутрь”. Для нее характерными являются самообвинение и чувство вины.

Рядом с такой “самокарающей” реакцией выступает ответ “карающий внешне”, когда пациенты в своих несчастьях винят окружение, перекладывая на него всю ответственность за существующие проблемы (Зейг, 1984). Они погружаются в депрессию, но, по крайней мере, их совесть чиста. Это уже другое последствие нарушения чувства ответственности, которое существенно влияет на развитие депрессии. Уточнение вопроса ответственности за текущие события, и прежде всего приобретение клиентом умения правильно оценить сферу личной ответственности, является важной терапевтической целью.

ОРИЕНТАЦИЯ ВО ВРЕМЕНИ

Каждый человек подходит к понятию “времени” по-своему. В зависимости от представляемой системы ценностей, истории жизни и степени эмоциональной вовлеченности, человек предпочитает определенную временную ориентацию. Например, некоторые склонны “жить прошлым”, они ценой настоящих и будущих событий посвящают большую часть своего внимания своему прошлому. Такие люди сосредотачиваются на определенных событиях своей жизни и помнят лишь о тех событиях, которые подтверждают их существующую точку зрения. Результатом принятия такой временной ориентации является недостаточный учет настоящей ситуации, а также будущих возможностей.

Другие более ориентированы на “настоящее”. Их характеризует более высокий уровень реактивности на принимаемые импульсы, незначительная заинтересованность источником этих сигналов, а также их будущими последствиями. Данное лицо может до такой степени быть ориентированным на “здесь и сейчас”, что оно будет ощущать очень слабую связь с людьми и ситуациями из прошлого, будущее же “просто приходит, хочешь ты этого или нет”.

Другие, в свою очередь, в такой степени ориентированы на будущее, что они видят лишь будущие цели и возможности, — например, покупку дома, построение собственной карьеры и т.д. Когда в жизни человека считаются будущие достижения, он перестает обращать внимание на настоящее, и у него не остается времени на то, чтобы “остановиться на дороге и насладиться запахом роз”.

Вышеприведенные описания представляют собой лишь общие характеристики, т.к. руководствование в жизни исключительно одной временной ориентацией ведет к серьезным нарушениям ощущения действительности. Автор же желает исследовать, в какой степени концентрация на определенном временном измерении содействует неправильному функционированию.

Если речь идет о депрессии, у больного может проявиться нарушение равновесия в каждой из перечисленных временных ориентации. Вообще же, лица, страдающие депрессией, чаще всего ориентированы на прошлое. Пациент зачастую пережил в прошлом значительные потери и негативные события; члены его семьи не оказали ему поддержки и использовали дисфункциональные шаблоны коммуникации; он также мог быть вовлечен в иные депрессиогенные обстоятельства. Интенсивное психическое страдание становится осью жизненного опыта и гнетущим эмоциональным грузом. В результате человек перестает замечать позитивные аспекты своей существующей ситуации, создающей полезные перспективы. Тем самым укрепляются негативные ожидания в отношении будущего, которые могут претвориться в жизнь по принципу самоисполняющегося пророчества.

Иными словами, в случае больного депрессией прошлое накладывает отпечаток на настоящие и будущие события, искажая их восприятие. Имея такую негативную систему отношений, основывающуюся на прошлом опыте, обремененном большим эмоциональным зарядом (а следовательно, оказывающем большое влияние), пациент может прийти к убеждению в том, что в жизни нет ничего, кроме страданий, и что какие бы то ни было позитивные изменения попросту невозможны. Такой образ мышления становится причиной того, что решение покончить жизнь самоубийством становится в определенном смысле обоснованным. Когда человек, глядя в будущее, видит лишь непрерывную полосу страданий, самоубийство кажется ему вполне рациональным решением. Заверения терапевта, что “будет лучше”, или что “время принесет заметное улучшение”, не согласуются с системой взглядов человека, ориентированного на прошлое, и подобного рода внушения скорее всего будут отторгнуты как неправдоподобные (Япко, 1984).

Очевидно, что страдающий депрессией до определенной степени воспринимает каждый временной аспект. Хотя ориентация на прошлое является в случае с данным заболеванием наиболее типичной, иногда пациент сосредотачивается на ином измерении. Доминирование настоящего вызывает у пациента обостренное сознание внутреннего дискомфорта и ощущение себя “жертвой”. Депрессию также может углубить осуждение самого себя за импульсивное поведение. Случается, что больной ориентирован на будущее, на которое он реагирует предчувствием “дальнейших страданий” или же, наоборот, нереальными ожиданиями позитивных изменений типа: “Когда произойдет то-то и то-то, все будет хорошо”. Человек, страдающий депрессией и верящий в то, что смена места жительства, места работы, получение высокой квалификации, очередной любовный роман или иное внешнее изменение или достижение решит все его проблемы, демонстрирует неверную ориентацию на будущее, исключающую правильный взгляд на динамику депрессии.

Связь между депрессией и нарушенной временной ориентацией очень сильна; она нуждается в стратегических интервенциях, направленных на восстановление равновесия в системе отношений клиента, если речь идет о влиянии прошлого опыта на текущий момент, а также на будущие возможности.

ВНУТРЕННЯЯ И ВНЕШНЯЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Некоторые люди весьма восприимчивы к собственным внутренним переживаниям, они в большой мере отдают себе отчет в собст- венных чувствах, мотивах, потребностях. Можно сказать, что у них сильная внутренняя ориентация. Поскольку их внимание поглощено самонаблюдением, осознание внешних событий остается недостаточно развитым. Человек, сосредоточенный на своих внутренних переживаниях, в определенной степени утрачивает контакт с окружением. Часто такого человека упрекают в том, что он изолируется, что он эгоцентричен и бесчувственен, т.е., что он “убегает в свой внутренний мир”.

У других проявляется иная тенденция: большая восприимчивость к другим, к малейшим изменениям в окружении, ко всем внешним событиям. Их ориентацию можно назвать внешней. Поглощение окружением и удовлетворение его требований часто является причиной того, чго человек перестает замечать внутренние импульсы или же недостаточно реагирует на них. Для определения этиологии и для лечения многих нарушений последствия ориентации внутрь или вовне необыкновенно важны. Рассмотрим пример с человеком, который, всецело поглощенный каким-нибудь делом, не обращает внимания на сильный стресс, сопутствующий работе. Стресс может нарастать, и в конце концов он может вызвать определенные физиологические проявления, например, мигрень, язву желудка — и лишь тогда этот стресс замечают. В такой ситуации терапия должна быть направлена на овладение пациентом умения распознавать внутренние сигналы и реагировать на них. Эти сигналы информируют о стрессе, благодаря чему клиент сможет избежать его опасной аккумуляции. Такой подход основывается на направлении внимания пациента внутрь и определения, в каком месте наиболее эффективно подействуют техники, помогающие справиться со стрессом.

Страдающие депрессией, как правило, ориентированы внутрь, они сосредотачиваются на субъективно переживаемом страдании. Большинство техник интервенции, применяемых при депрессии, своей целью имеют “вырвать пациента из его внутреннего мира” и вовлечь его во что-нибудь “снаружи”. Многие терапевты такому типу клиентов предлагают заняться общественной работой или активным отдыхом. Директивные подходы также предлагают “вырваться из своего внутреннего мира”, однако с несколько иной, более широко понимаемой целью: построение более правильной, основанной на новом опыте системы взглядов, которая может стать основой дальнейшего развития.

От типа ориентации клиента зависит уровень реактивности на внутренние и внешние раздражители, а также измерение, в котором происходит данная реакция. Термин “реактивность” относится к тому, в какой степени клиент осознает переживаемое им, а также к способности реагировать на переживаемые события. Чувство собственной значимости связано с реактивностью, т.к. если человек подавляет некоторые аспекты своей индивидуальности или отрицает их существо-ванне, он живет в несогласии с самим собой.

Равновесие между внешней и внутренней реактивностью может быть восстановлено лишь при условии достижения определенной степени самопринятия, потому что никто не пожелает “обратиться внутрь”, если он “внутри” переполнен болью. Подобно этому никто не решится на жизнь среди других, если он ждет от этого лишь страдании. Изменение точки зрения на каждый аспект своей индивидуальности (что касается даже черт, воспринимаемых до этого в качестве деструктивных) и выработки убеждения в том, что каждый из них может в определенном контексте оказаться полезным, делает возможным полное принятие самого себя и позволяет принять правильную внутреннюю

ориентацию. Аналогично этому — мотивирование пациента оказывать влияние на внешние обстоятельства может облегчить ему взвешенное реагирование на окружение.

СПОСОБНОСТЬ К ДИССОЦИАЦИИ

Одной из наиболее полезных способностей, которыми в большей или меньшей степени располагает каждый из нас, является способность развивать глобальный опыт на составляющие части. В нашем сознании одни из них поддаются амплификации, другие — минимали-зации. “Диссоциация” означает способность к разделению элементов опыта, что делает возможным селективный ответ. Этот особый механизм можно также охарактеризовать как умение “раскладывать по полочкам” опыт. Это так, как если бы некоторые вкладывали каждое отдельное переживание в отдельную коробочку, где оно четко отделено от остальных переживаний. Другие не в состоянии так решительно разграничить элементы своего жизненного опыта, и то, что происходит в одном контексте, перемешивается у них с другими переживаниями.

У лиц, страдающих депрессией, вышеописанное явление заключает в себе интересную зависимость. От клиентов часто можно услышать истории о том, как какой-то незначительный негативный инцидент, выступающий в более широком, позитивном контексте, сыграл решающую роль в восприятии события в целом. Если, к примеру, пациент с депрессией встретил на вечеринке лицо, несимпатичное ему. он позже может сказать: “этот человек испортил мне весь вечер”. В зтом случае негативный аспект события не попал в “отдельный ящик”, что позволило бы избежать его интеграции с восприятием события в целом. Негативные эмоции, связанные с одним, определенно второстепенным аспектом глобального события, коим была дружеская встреча, были перенесены на все внутренние репрезентации вечеринки, полностью изменяя настроение клиента. Больной утверждает, что “весь день пошел насмарку”, хотя в действительности депрессивные чувства, угнетавшие его утром, к полудню исчезли или значительно ослабли. Этот механизм может быть определенным образом связан с некоторыми познавательными деформациями, описанными Беком (1983) и Барнсом (1980), такими как мышление “все или ничего”, “чрезмерное обобщение”, а также “ментальный фильтр”.

Терапевт должен сориентироваться, какими диссоциативными способностями располагает клиент, а затем облегчить ему их использование. Благодаря этому пациент сможет переживать различные события в их естественном, несовершенном виде, а относительно незначительные инциденты не будут нарушать целостности жизненного восприятия. Необыкновенно полезной может оказаться такая терапевтическая техника, как, гипноз, который вмешивается в диссоциативные механизмы и облегчает их контролирование.

ВЫВОДЫ

Каждый из описанных в данном разделе механизмов особым образом влияет на возникновение и хорошего самочувствия, и депрессивных состояний. Клиницист, умеющий распознавать эти паттерны у своих клиентов, будет иметь более широкий выбор, если речь идет о исходной точке терапевтической интервенции. Ниже автор перечисляет оговоренные выше схемы субъективного переживания действительности:

1. Тип познания, абстрактный/конкретный глобальный/линеарный

2. Тип реагирования.

направленный на других/направленный на себя открытый/неприступный

3. Тип концентрации внимания, сосредоточенный/рассеянный существенное/несущественное

4. Предпочитаемая репрезентативная система (ПРС). интенсивность внутренней репрезентации

5. Процесс развития.

окружение, в котором рос и формировался пациент настоящая стадия развития последующая стадия развития 6. Позиция в семье: динамика семьи.

роли, принципы, атмосфера, ожидания паттерны коммуникации и решения проблем позиция относительно братьев и сестер

7. Степень индивидуальности, “попадание в силки”/отстранение

8. Способ восприятия, преувеличение/преуменьшение

9. Возраст и процесс программирования ценностей, ориентация на задание/ориентация на людей гибкий/негибкий

10. Степень контролирования переживаемых событий, “жерт-ва”/“\озяин своей судьбы”

внутреннее/внешнее размещение контроля самокарающий/карающий других I I. Временная ориентация, на прошлое/на настоящее/на будущее

12. Внутренняя и внешняя ориентация, низкая/высокая реактивность измерение реагирования

13. Способность к диссоциации, незначительная/значительная

В последующих разделах автор представит конкретные примеры клинических случаев, иллюстрирующие нарушения данных субъективных схем жизненного опыта. Часть II

ЛЕЧЕНИЕ

Раздел 5

ТЕРАПИЯ: ИНТЕРВЕНЦИЯ В МЕХАНИЗМЫ СТРАДАНИЯ

В двух предыдущих разделах описывались различные измерения жизненного опыта, а также субъективные механизмы, используемые человеком для выработки определенного отношения к текущим событиям. За основу своих рассуждений автор принял предположение о том, что жизненный опыт человека в значительной мере детерминирован определенными стереотипами, и у каждого из нас можно пронаблюдать повторяющиеся механизмы, определяющие наш ответ на требования данной ситуации. Независимо от того, как мы назовем эти стереотипы — “индивидуальностью”, “характером” или как-либо еще — самым главным является осознание самого факта их существования. Надлежащее выявление этих схем и оценка правильности их функционирования представляют собой наиболее существенный элемент диагноза. В терапии в первую очередь планируется интервенция в неправильные механизмы — на уровне, который и клиницист, и пациент признают уместным, и развитие в последующем новых, лучше функционирующих.

Чтобы целью процесса лечения могла стать ликвидация данных стереотипов, они прежде всего должны восприниматься как нарушенные (в тон или иной мере), а следовательно, нуждающиеся в терапии, направленной на изменение. Во-вторых, следует предположить, что данные механизмы подвергаются преобразованию — т.е. существует вероятность того, что они изменятся в результате удачной терапевтической интервенции. Относится ли возможность изменения к каждой схеме жизненного переживания? Об этом можно спорить, однако не подлежит сомнению тот факт, что существует множество расстройств, которые не удалось вылечить ни одним т известных на сегодняшний день методов. Терапевт должен со всей тщательностью обдумать этот вопрос. Проблема сложна: каждому пациенту следует пре- доставить шанс совершить изменения; однако поддерживать надежду на значительное улучшение в случае, когда оно практически невозможно, не совсем этично.

Если мы отнесемся к психотерапии как к процессу ликвидации одних стереотипов и конструированию других, появляется необходимость в анализе некоторых вопросов. Во-первых, употребление слова “стереотипы” заключает в себе полную уникальность личности, т.е. структуру, создаваемую телом, разумом и духом. Субъективный мир каждого человека является особым конгломератом биологических склонностей, а также результатов социализации. Во-вторых, из схем жизненного опыта вытекают тенденции к действию и реагированию определенным, хотя и не всегда предугадываемым способом, т.к. большинство стереотипов не доходит до сознания. В-третьих, нам не удастся до конца познать эти стереотипы, если мы не примем во внимание связанный с ними контекст. Механизмы, которые превосходно служат человеку в одном измерении, в другом могут стать источником серьезных нарушений. В-четвертых, стереотипы вначале появляются, а затем модифицируются как неотделимый “побочный продукт” ответа на события, переживаемые человеком. Из этого вытекает, что личность, возможно, не имела случая пережить такой опыт, какой стал бы дополнением, а то и вовсе противоположностью ситуациям, в которых в действительности выпал случай оказаться. В результате такой человек оказывается лишенным системы отношений, которая была бы полезной в построении лучшего, или же более адекватного действительности ответа. Отсутствие этого ответа неопытный терапевт может расценить как проявление “сопротивления”, особенно, если он подробно диктует клиенту конкретный способ реагирования (а следовательно, способ, благодаря которому он “должен” справиться со своими проблемами) и несмотря на это он не получает никакой реакции. И все же, не следует слишком поспешно приписывать пациенту “сопротивление”. Скорее, терапевт должен учитывать тот факт, что клиент может просто-напросто не иметь системы отношений, необходимой для конструирования данного ответа, особенно “по требованию”. В таком случае целью терапии становится создание такой системы отношений (т.е. открытие, мобилизация и предоставление лицу его собственных резервов) с помощью результатов наблюдений, проведенных непосредственно в ходе терапевтического процесса.

Часто депрессию описывают как состояние неравновесия. Для некоторых это неравновесие на

биологическом уровне, другие видят его в познавательном измерении, третьи — в эмоциональном или же социальном. В моей клинической практике модель депрессии как состояния нарушенного равновесия, оказалась необыкновенно полезной. Каждая из представленных в предыдущем разделе схем является попыткой описать склонности, которые проявляет данное лицо в своих действиях и в реагировании на различные возможности, которые предлагает ему жизнь. Очень немногие шаблоны — если таковые вообще есть — можно определить как “хорошо функционирующие” или “дисфункциональные” независимо от контекста, в котором они выступают. Осознав это, клиницист также будет отдавать себе отчет и в том, что, даже если он направит терапию на ликвидацию данного шаблона, это не приведет к полному искоренению патологической схемы. Вместо этого, действие механизма в определенное время и в определенном месте приостановится, уступив место новой реакции, вызванной у пациента с помошью различных терапевтических техник. Такое различное реагирование, равно как и его последствия, открывают перед клиентом возможности иных, лучших способов ответа на переживаемые события. Терапевт может остановиться на модификации конкретной ситуации; может также использовать ее для дальнейшего обучения клиента, разъясняя ему значение его успеха. Развитие возможно лишь для человека, который занимается поиском новых решений.

Это особо касается клиента с депрессией, поскольку такой больной всегда в какой-то мере чувствует себя впутанным в механизм, приносящий страдания. Вдумчивый клиницист быстро откроет, на каком уровне отсутствие равновесия осложняет пациенту жизнь, и направит терапевтический процесс так, чтобы это дало возможность предоставить клиенту способы восприятия или действия, которые смогли бы вернуть утраченную энергию. Концепция “равновесия” как цели не только терапии, но и всей жизни была исчерпывающе рассмотрена в других научных трудах (Сатир, 1983; Польстер и Польстер; 1973). Автор ограничится утверждением, что при зарегистрированном отсутствии равновесия терапевтическая интервенция может наступить лишь тогда, когда клиницист в состоянии непосредственно или опосредованно повлиять на способ восприятия клиента и переместить центр тяжести в желаемом направлении.

Как вызвать изменение? Учитывая то, что в настоящее время нам известно несколько сотен типов психотерапии, не стоит ожидать по этому вопросу единодушного мнения. Если, однако, принять во внимание саму структуру герапии, вне зависимости от содержания отдельно взятых терапевтических моделей, оказывается, что терапевтический процесс сводится, в сущности, к ломке привычных схем и конструированию новых. А следовательно, когда проблема заключается в возвращении нарушенного равновесия, могут оказаться полезными следующие сценарии, являющиеся основой всех терапевтических интервенций, описанных в данной книге:

I.Усиление данного стереотипа и побуждение клиента к созданию сопротивления данному стереотипу целью которого яв- ляется перемещение центра тяжести и облегчение возвращения равновесия.

2.Подведение к ситуации, в которой повторение данного шаблона становится настолько тягостным, что возникает необходимость создания новой схемы. Склонение пациента к “приземлению в месте”, диаметрально противоположном установленной схеме восприятия, а в результате — обретению состояния равновесия.

3.Применение гипноза с целью облегчить проведение более быстрой, эмпирической интеграции важнейших приобретенных умений.

4.Определение домашних заданий и целевое предоставление определенного жизненного опыта, который призван ускорить интеграцию основных умений.

Автор перечисляет здесь лишь схемы терапии, однако следует учесть, что они являются сущностью многих терапевтических интервенций, описанных в последующих разделах

В случае терапии, использующей вышеописанные методы интервенции, прерывание каждого отдельного механизма влечет за собой последствия во многих взаимосвязанных измерениях Каждый из описанных в четвертом разделе шаблонов индивидуального опыта и восприятия жизни, равно как и каждый из представленных в дальнейшей части книги способов преломления таких схем, представлен отдельно. Однако не следует из всего этого делать выводы о том, что эти механизмы четко отделены друг от друга. В действительности они накладываются друг на друга — и клиницист, которому известны эти схемы, будет скорее всего наблюдать за ними в конкретных положениях. Предыдущий раздел содержал показатели, дающие возможность определения статуса пациента относительно данной схемы восприятия. Благодаря наблюдению за целыми системами, можно далее предположить, что личность, принимающая, к примеру, позицию “жертвы”, скорее всего будет ориентироваться на прошлое, мыслить глобально и конкретно, а также проявлять низкий уровень индивидуальности и

тенденцию к самонаказанию.

Опасность, скрывающаяся в терапевтической интервенции, заключается в том, что если самые важные дисфункциональные схемы не будут выявлены, или к ним будет применена несоответствующая терапия, состояние клиента может ухудшиться. Во втором разделе автор привел пример пациентки, борющейся с серьезной депрессией, связанной с чувством утраты. Проводящий терапию не понимал, что женщи- на страдает из-за нарушенной, преувеличенной ориентации на прошлое, и во время лечения он концентрировался именно на прошлых событиях. Укрепляя в клиентке эту неверную временную ориентацию, терапевт сделал невозможным видение ею каких бы то ни было положительных аспектов будущего. Вновь и вновь мысленно возвращаясь к переживанию утраты, женщина была не в состоянии найти потенциальный шанс для себя в настоящих или будущих связях Терапевт неосознанно подвел к усилению наиболее депрессиогенных паттернов, наблюдающихся у клиентки в течение всей ее жизни. Очевидным результатом этого стало ухудшение ее состояния.

Невольное усиление патогенных стереотипов, без сомнения, является рискованным элементом каждой системы психотерапии. Клиницист, безоговорочно принимающий предлагаемые клиентом абстрактные цели (такие как, например, “самореализация”), по существу лишь укрепляет опасные тенденции своего пациента Терапевт, слишком доверяющий силе логического понимания и рациональной позиции, недооценивает тот факт, что депрессия, кроме всего прочего, возникает из-за недостатка рационализма у клиента, и что подсознание нельзя “переубедить” логичными аргументами. Терапевт, старающийся поставить клиента в зависимость от себя, неосознанно содействует еще большему стиранию и без того уже неотчетливых границ его индивидуальности, он не видит ничего тревожного в том, что клиент присылает ему из отпуска открытку типа: “Я прекрасно развлекаюсь жаль только, что вас здесь нет, вы бы мне объяснили, почему”. Клиницист прежде всего должен быть наблюдателем и осторожно планировать терапию, принимая во внимание характерные для клиента схемы восприятия, а также его будущие потребности: в противном случае существует серьезный риск, неумышленного усиления невыявленных, дисфункциональных стереотипов. Такой направленный на клиента подход требует от терапевта скорее приспособления к потребностям и ограничениям пациента, нежели подчинения его безапелляционно выбранной модели терапии, которую клиницист считает самой лучшей в данном случае.

ВЫВОДЫ

В данном разделе автор попытался обратить внимание на необходимость идентифицировать, а затем прервать механизмы, вызывающие или же поддерживающие депрессивное состояние. Главной терапевтической целью является выбор надлежащей стратегии, которая прервет старые шаблоны и — непосредственно или опосредованно — приведет к формированию новых, лучше функционирующих. Целью этой стратегии является уточнение существующих у клиента механиз- мов и возвращение потерянного равновесия. Часто такие стратегии конструируются таким образом, чтобы дать возможность больному увидеть ограничения, присутствующие в его стереотипах, а также безболезненно убедить его в пользе, вытекающей из принятия новых способов восприятия жизни. Клиенту можно обеспечить чувство безопасности, используя контексты, в меру эмоционально нейтральные, но аналогичные (в меньшей или большей степени) данной щекотливой ситуации.

Дальнейшая часть книги посвящена описанию важнейших патологических стереотипов характерных для больных депрессией. Она содержит примеры клинических случаев и обсуждение связанных с ними терапевтических стратегий. Раздел 6

НАЧИНАЯ С БУДУЩЕГО

Та роль, которую в психотерапевтическом процессе играют позитивные ожидания пациента, неоднократно подчеркивалась в литературе, посвященной депрессии Для того, чтобы появились позитивные ожидания, необходимо наличие у клиента такого измерения индивидуальности, в котором он способен ориентироваться на будущее. Более того, переживания, связанные с направленностью на будущее, должны обеспечить личности возможность развития позитивных мыс-леи и чувств, а также мотивацию к позитивному поведению. Каждый человек в определенной степени ориентирован на будущее, хотя между отдельными личностями в этом отношении прослеживаются значительные различия. Я предлагаю читателю протестировать самого себя, основываясь на следующих вопросах:

Как вы представляете себе свою ситуацию через пять лет?

Что вы почувствуете, когда откроете, что ваша, когда-то важная, проблема перестала быть актуальной?

Можете ли вы представить себе применение концепций и стратегий, описанных в этой книге на практике?

Каждый из вышеприведенных вопросов требует от читателя того, чтобы он в каком-нибудь измерении представил себе и как бы пережил различные возможные варианты будущего Некоторые смогут уточнить свои ожидания, другие же ограничатся скупыми ответами, демонстрирующими незначительные возможности конструирования планов на будущее. Почему у одних расширенные, развитые ожидания, а у других — нет? Можно рассмотреть роль социальных факторов, влияющих на ту или иную временную ориентацию. Например, если человека не побуждали к планированию будущего и к поведению, направленному на цель, или же попытки конструирования планов постоянно торпедировались — он мог сделать вывод, что нет смысла ставить перед собой какие бы то ни было цели или же стремиться реализовать их, т.к. “и так ничего из этого не выйдет”. Таким людям будущее кажется совершенно непредсказуемым, и им не остается ничего другого, как жить сегодняшним днем. Как уже говорилось, у пациентов с депрессией, как правило, доминирует ориентация на прошлое. Другими словами, прошлое является перекидным мостом в будущее, и па- циент попросту переносит в будущие контексты пережитые им когда-то обиды. В структурном отношении такой процесс можно назвать “негативным самогипнозом”. Из-за такого пессимистического взгляда на будущие возможности человек сам парализует свои действия Большинство терапевтов воспринимает это явление как “негативные ожидания” и “отсутствие надежды” — типичные признаки депрессии.

Отсутствие позитивных перспектив, невозможность “сдвинуться с места” является основной причиной характерной для страдающего депрессией. Это также является источником беспокойства больного, поскольку такое психическое состояние порождает неминуемые конфликты. Пациент находится между “молотом и наковальней”, т к. он убежден в том, что он оказался в безвыходной ситуации, в которой любой выбор оказывается неверным и может принести лишь страдания. Вот почему позиция страдающего депрессией может казаться амбивалентной: он ищет помощи, но вместе с тем не располагает системой отношений, позволяющей ему поверить в возможность перемен к лучшему.

Сейчас автор хотел бы вернуться на минуту к вопросам, уже затронутым в этой книге. Упоминаемые в данном разделе типичные проявления депрессии, такие как: негативные ожидания, отсутствие надежды; амбивалентность и апатия, были представлены как следствия ориентации на прошлое. Если читатель повторно проанализирует таблицы из третьего раздела, в которых были перечислены симптомы депрессии, характерные для различных измерений жизненного опыта, он поймет, каким образом нарушения механизмов, описанных в четвертом разделе, могут повлиять на появление этих симптомов. Знание этих процессов является необходимым для идентификации дисфункциональных шаблонов, которые необходимо прервать и переформулировать.

Поскольку больной депрессией проявляет обычно негативные ожидания в отношении будущего, в начале лечения терапевт должен выполнить следующие условия.

I .Согласиться с тем, каким образом больной воспринимает свою ситуацию, и отнестись к этому как к соответствующей интерпретации субъективного мира клиента (что облегчит налаживание контакта).

2.Определить, какие изменения жизненного опыта клиент осознает, а какие — нет. 3.Оценить, какие из субъективных схем жизненного восприятия выступают у клиента в дисфункциональной или нарушенной форме.

4.Определить для терапии контекст, в котором опосредованные или непосредственные сообщения клинициста внушают большое правдоподобие позитивных изменений (построение позитивных ожиданий).

То. каким образом каждый терапевт применит перечисленные правила в своей клинической практике, в большой мере зависит от индивидуального стиля. Однако чтобы их использовать, необходимо получить от клиента следующего рода информацию: 1) его система убеждений (детали будут представлены в следующем разделе); 2) личные стремления (т.е. их структура, содержание, степень уточненное™ и шансов на успех; 3) достигнутые успехи и методы, использовавшиеся для их достижения; 4) предыдущая терапия и ее результаты; 5) переживаемый в данный момент эмоциональный дискомфорт, а также связанные с ним болезненные симптомы. Умело собранный анамнез мо-же1 предоставить богатую информацию, касающуюся ожиданий клиента, его осознаваемых и неосознаваемых резервов, доступных для терапии, а также специфических конфигураций стереотипов характеризующих пациента.

Больной депрессией находится в состоянии глубокой фрустрации, которую терапевт, как правило, замечает с первой минуты. Принимая во внимание типичные для такого пациента негативные ожидания, а также негативную интерпретацию переживаемого, особо важным является как можно быстрее

доказать клиенту, что существуют реальные шансы улучшить его ситуацию. В первом периоде лечения клиницист, желающий применить директивные подходы, может использовать различные стратегии, рассчитанные на мгновенное смягчение наиболее тяжелых проявлений депрессии: беспокойства, нарушения сна и различных, ослабляющих мотивацию, негативных ожиданий, связанных с самой терапией.

Как уже упоминалось во втором разделе стратегический гипноз, может быть направлен на симптомы или же на внутренние психодинамические процессы. Применение того или иного подхода не свидетельствует о преимуществе конкретного метода интервенции: обе модели оказались необыкновенно полезными при генерировании значительных терапевтических изменений. Несмотря на это целесообразно в начале лечения выбрать более общий, направленный на симптом подход, который может непосредственно принести пациенту облегчение; одновременно с этим рекомендуется подготовить почву для более глубоких изменений. Таким образом, вводятся определенные концеп- ции. которые благодаря ассимиляции в определенной степени клиентом — будет легче использовать в более позднем периоде терапии.

Терапевты, придерживающиеся более традиционного подхода, нередко видят необходимость оказать немедленную помощь клиенту с депрессией, однако часто с целью повышения его восприимчивости они используют фармакологические средства. В некоторых случаях прием лекарств действительно может оказаться более эффективным методом стабилизации пациента настолько, чтобы он начал реагировать на психотерапию. Лекарства ослабляют некоторые патологические проявления, затрудняющие клиенту налаживание тесных отношений с терапевтом. Кроме этого они могут облегчить больному достижение краткосрочных целей, тем самым содействуя положительной динамике терапии. Однако следует осмотрительно подходить к использованию фармакологических средств, т.к. их употребление равнозначно сообщению пациенту следующего: “Ты совершенно беспомощен и неспособен изменить что-либо”. Кроме того терапевт должен следить за тем, чтобы не оттолкнуть клиента, представляя ему объем ожидающей его работы. Ведь больной и без этого склонен обобщать все свои проблемы, усиливая и увеличивая их до такой степени, что ему начинает казаться, что у них нет решения. Создание позитивных ожиданий заключается кроме всего прочего в убеждении клиента в том, что при определенном подходе все трудности можно решить.

С интраперсональной точки зрения депрессия является состоянием постоянного возбуждения и стресса, выражающегося беспокойством и упорным появлением негативных чувств и мыслей. Часто клиент осознает лишь то, что является результатом депрессивных механизмов, и избавление от тягостных проявлений является для него единственной целью терапии. При решении этих наиболее насущных проблем иногда бывает весьма полезно применить гипнотические методы, “прерывающие” патологические механизмы и тем самым делающие возможным успешное конструирование терапевтических интервенций с большей силой воздействия.

Для большей ясности все директивы пронумерованы и соответствующим образом обозначены. Полностью список директив помещен в конце книги. Д1

Ослабление симптомов депрессии при помощи гипноза

Прерывание патологических стереотипов при помощи гипноза возможно даже при использовании самых простых гипнотических индукции, вводящих клиента в состояние релаксации. “Ослабление проявлений депрессии при помощи гипноза” заключается в идентификации и использовании того, каким образом больной воспринимает самого себя. Данная директива не означает непосредственной интервенции в субъективный мир клиента; скорее она призвана облегчить больному осознание того, что он желает испытать новые ощущения. Показав пациенту, что несмотря на существующие проблемы, полное расслабление реально, можно прервать типичные для депрессии негативные проявления. Процесс введения в транс может протекать следующим образом:

“Ты пришел сюда, потому, что действитечьно хочешь испытать новые ощущения... и ты можешь испытать /юные oit(vu(einvi. . это разрядит тебя... в действительности ты таешь, как почувствовать себя лучше... хотя, возможно, ты уже давно не имел возможности испытать)пи>. . или, возможно, тебе просто кажется, что это бы по очень давно... но теперь тебе не надо ничего говорить. . ничего деиппь. . ты не обязан... спешить., можешь со стороны посмотреть на себя... и на все свои повседневные дела.. и ты понимаешь, как это важно — иметь достаточно много места. . столько времени, ско/ько тебе захочется., чтобы испытать приятные митты... когда все твои мышцы расслабляются. . твое течо тяжелеет., а сознание, разум становятся все более легкими... чувства приходят и уходят., тебе хорошо . пусть все так и продолжается, сейчас ты ouiyuiaeuib себя иначе и открываешь, что изменяется свое сознание, изменяются чувства... и ты не должен задумываться над тем, до какой степени можно вот так

расслабиться... и как долго это может продлиться...”

Клиент получает информацию о том, что изменение способа жизненного восприятия возможно, так же, как возможно расслабление, разрядка позитивное мышление; что каждый может найти в себе полезные умения. Открытие в себе способности к расслаблению и освобождению хотя бы на миг от беспокойства, связанного с депрессией, может стать в жизни клиента переломным событием. Многие больные уже давно не получали подобной поддержки, и слова терапевта часю производят на них огромное впечатление. Рекомендуется предоставить больному запись терапевтического сеанса, т.к. это даст ему возможность расслабляться в периодах между встречами с терапевтом.

Применение этих простых техник гипноза может прервать спираль беспокойства и, возможно, позволит сформировать умение проводить самогипноз. Клиент узнает, что у него есть возможность конструктивного контакта со своим внутренним миром. Ранее он наверняка избегал возможности вглядеться в себя, т.к. ожидал “встретить там лишь страдания”. Предоставляя клиенту шанс всмотреться внутрь самого себя, и не разочароваться при этом, терапевт прививает убеждение в том, что существует множество измерений индивидуальности, каждое из которых, использованное надлежащим образом, может создавать позитивные возможности. Разрыв замкнутого круга беспокойства через развитие умения аутогипнотической релаксации может повлиять на улучшение сна и нормализовать вегетативные функции. Уменьшение внутреннего дискомфорта помогает человеку, страдающему депрессией, освободиться от зависимостей (алкоголизма, компульсивного приема пищи), являющихся неудачной попыткой решить проблему. Это ведет к увеличению у клиента чувства самоконтроля. (Данную директиву в клиническом контексте иллюстрирует случай 3, представленный в “Приложении”).

Д2

Переформулирование: от бесполезного к полезному

“Переформулирование” (рефрейминг) заключается в специфической трансформации: в результате изменения перспективы то, что казалось ненужным балластом, становится полезным инструментом. Этот процесс наблюдается когда изменение способа восприятия влечет за собой отличающиеся реакции и новую интерпретацию событий.

Лицо, страдающее депрессией, как правило, воспринимает свою болезнь, как совершенно бесполезное, болезненное явление, которое не имеет никакой разумной причины. Отсюда вытекает тенденция к обвинению себя не только в существующих проблемах, но и в очевидном отсутствии контроля над ними. Такое чувство вины, естественно, лишь ухудшает ситуацию. В начальном периоде лечения к переоценке можно подвести как с помощью формальной индукции транса, так и иными методами. Другой взгляд на проблему депрессии можно внушить следующим образом:

“Чувства, испытываемые тобою сейчас, неприятны тебе... но чувства меняются... изменяются перспективы... об этом стоит знать... тик как каждое чувство имеет свой смысл, создает некие возможности... способность любить... ипо прекрасная возможность иметь близкие, нежные отношения... способность к вере в определенные ценности придает стабильность и самосознание... чувство скуки подталкивает к дальнейшему развитию... переживание чувств, которые ты называешь “депрессивными”, также не niuieiio определенного смысла, даже если ты этого еще полностью не понял, и если ты еще не отдаешь себе отчета в том, что чувства дают тебе шанс, шанс повторно открыть самого себя... твою способность к изменению, развитию... достижению зрелости... твои страдания перехо-дищи, ты быстро забудешь о них... это попросту сигналы перемены... ты оставишь их позади себя... они выполнят свое задание... и вскоре станут ненужными”.

В случае необходимости переоценку можно спровоцировать, используя метафору, например, описывая переживания кого-то, кто находился в подобной ситуации:

// встретил человека... похожего на тебя... который находился в ситуации, возможно похож'ей на твою... казалось, у него есть все... хорошая работа, удачный брак, семья... но в глубине души он чувствовал, что ему чего-то не хватает... он чувствовал себя таким несчастным... он действительно не понимал — почему... вначале... и убежг)енный в том, что ничто не объясняет его плохого самочувствия... и из-за этого он чувствовал себя еще хуже... но когда он нашел время для самого себя... расслабился... отошел от повседневных хлопот... позволил мыслям течь свободно... так как это делает разум... тогда он нашел в себе вещи, о которых, казалось бы, давно забыл... такие как юношеские амбиции... воспоминания детства... ожидания, и все то, что ранее казалось ему бессмысленным... оказалось прекрасным шансом... позволило ему возобновить поиск и открытие забытых аспектов своей индивидуальности, которым он действительно мог радоваться... потому что разве не чудесно открывать свои желания и способности... как прекрасно он использовал сигналы, исходящие изнутри его самого,

чтобы открыть новые возможности...” В действительности депрессия является сигналом, предупреждающим, что на каком-то уровне необходимо изменение, которое позволит вернуть утраченное равновесие в мире клиента. Если на этом раннем этапе терапии клиницист отдает себе отчет в динамичных процессах, происходящих в психике клиента, позже он может использовать производящую переформулирование метафору, чтобы обратить внимание пациента на аналогичные проблемы и аналогичные решения. Депрессия является знаком того, что данный союз нуждается в повторном определении, что необходимо принять решение относительно какого-то важного дела, что необходимо заняться каким-то существенным вопросом, осознать определенные чувства или ввести поправки в иное измерение жизненного восприятия. Депрессия также может являться своего рода клапаном безопасности, благодаря которому накопленная грусть и иные негативные чувства могут уйти. Взгляд на депрессию как на естественное человеческое переживание, создает позитивные возможности, даст клиенту мотивацию к тому, чтобы он начал планировать изменения, вместо того, чтобы погружаться в воспоминания о своих страданиях. (В клиническом контексте данную директиву представляют случаи 1 и 2, помещенные в “Приложении”).

КОНСТРУИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОЙ ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ

Гипнотическая временная прогрессия.

“Возрастная прогрессия” заключается в гипнотическом индуцировании клиенту эмпирического познания будущих переживаний. Это явление может быть использовано даже в относительно неглубоких состояниях транса. Вначале терапевт направляет клиента на будущий опыт, а затем вовлекает его в эмпирическое переживание данного события. Таким образом, у клиента появляется шанс пережить чувства, мысли, впечатления, интеракции и события, которые не имели места в действительности. Если переживание достаточно глубокое и производит большое впечатление, оно интегрируется клиентом по такому же принципу, что и иные переживания, служащие системой отношений для инициирования желаемых изменений. ДЗ

Изменения к лучшему

Данный раздел делает акцент на необходимость построения позитивных ожиданий в отношении будущего. Они являют собой интегральную часть любого терапевтического процесса, особенно существенную в работе с депрессивными клиентами, которые видят свое будущее в черных красках. Наиболее непосредственным методом построения позитивных ожиданий является стратегия, цель которой разъяснение клиенту выгод, вытекающих из активного совершения изменений. В раннем периоде лечения нет необходимости детально определять ожидаемые изменения; достаточно будет описать их в общем и лишь создать впечатление конкретности. Клиент может выслушать следующие внушения:

“Ты описал мне свои неприятные переживания, заставившие тебя обратиться за помощью... ты бы хотел почувствовать себя по другому... и ты не осознаешь, что это возможно... но вскоре ты откроешь то, о чем ты знал всегда... что если ты действуешь иначе, нежели обычно... результат тоже будет отличным от предыдущих...сейчас ты можешь перенестись в будущее... прошло уже много времени с тех пор, когда мы работали вместе... ты можешь на миг задержаться в этой точке будущего... мо-ж-ешь вспоминать о решениях, давно принятых... об отличных решениях... можешь проследить последствия этих решений... на всех измерениях своей индивидуальности... как принято открывать, что ты действительно сможешь... изменить свои мысли и чувства... что можешь радоваться облегчению, которые ты заслуженно заработал... можешь посмотреть еще дальше, в направлении дальнейших изменений... ты чувствуешь себя прекрасно. Открывая все новые и новые возможности использования того, чему ты научился, чтобы становиться все более сильным...”

Терапевт побуждает клиента к тому, чтобы он во всей полноте пережил внушаемый ему сценарий максимально интенсивно, особо концентрируя внимание пациента на переживании им релаксации, облегчения, гордости, удовлетворения и т.д., по мере возможности усиливая эти чувства и успешно облегчая их использование. Прогрессия, индуцированная в ходе очередных гипнотических сессий может позволить клиенту пережить изменения в различных измерениях индивиду- альности. Благодаря этому усваивание умений, приобретение которых традиционным способом потребовало бы большого количества времени, может происходить в ускоренном темпе.

Применение гипноза заключается в использовании явления диссоциации, поскольку транс по определению является состоянием оторванности, “отщепленности”. Когда пациент переживает прогрессию, его внимание направлено главным образом на позитивные результаты действий, предпринятых с целью улучшить собственную ситуацию. Умелое использование явления диссоциации позволяет на какое-то время отвлечь внимание клиента от последствий прошлого негативного опыта.

Этот результат достигается опосредованно, путем усиления ориентации на прошлое, а в результате — ослабления значимости или же уменьшения роли ситуаций, имевших место в прошлом. Итак, используя явление диссоциации во временной или же иной сфере, терапевт может довести до усиления в сознании клиента данного измерения, а тем самым до вытеснения на второй план иных аспектов жшненного восприятия. Ослабление ориентации на прошлое, достигнутое благодаря тому, что больной концентрируется на будущих возможностях и достижениях, способствует тому, что все выборы (как сознательные, так и нет), которые совершает больной, имеют больше шансов на успех. Короче говоря, клиницист приводит в движение механизм "самопсполняюшегося пророчества". В результате клиент укрепляется в убеждении, что его нынешние условия не лишены смысла, что является источником мотивации к дальнейшим действиям на пути к выздоровлению. (Клинический контекст этой директивы иллюстрируют примеры 3 и 4, "Приложение").

Д5

Эриксоновская псевдоориентация во времени

Эриксон представляет стратегию, заключающуюся в направлении клиента в будущий контекст, где он имеет возможность оценить качество своей жизни, подумать о значительных изменениях, которые ему удалось совершить в последнее время, а также об описании терапевту факторов, катализировавших эти изменения. Короче говоря, пациент предоставляет клиницисту информацию, касающуюся различного рода переживаний и умений, которыми он должен овладеть, чтобы терапия закончилась успешно. Позже терапевт может использовать эту информацию во время индуцирования терапевтического транса и во время разработки заданий для клиента.

Действие описываемых стратегий опирается на предположение о том, что клиент в сущности знает, что ему нужно, но он просто не имеет доступа к внутренним резервам, которые позволили бы ему реализовать свои желания. Терапевт, базирующийся на популярном убеждении в том, что любой человек обладает резервами, необходимыми для проведения изменений, отдает себе отчет в том, что его целью является предоставление соответствующего контекста, в котором может произойти изменение, а не конкретные указания.

Стратегию псевдоориентации во времени иллюстрирует нижеприведенный диалог. Клиентку терапевт ввел в транс и исходя из контекста будущей ситуации, она описывает произошедшие изменения и их причины:

Терапевт: Итак, когда мы завершили нашу терапию?

Клиентка: Около полугода тому назад.

Т.: И как ты сейчас себя чувствуешь?

К.: Хорошо, все идет хорошо, и я чувствую себя превосходно.

Т.: Что произошло, благодаря чему ты хорошо себя чувствуешь?

К.: Я думаю это потому, что я позволила ему уйти... я уже давно должна была сделать это, но я была не в состоянии... Сейчас наконец я решилась на это.

Т : О ком ты говоришь?

К.: О моем сыне... мой сын... я хотела, чтобы он остался со

еще немного. Он еще учится... но он хочет быть самостоятель-

мнои. ным...

Т.: Он ушел или живет имеете с тобой?

К.: Ушел... он снял квартиру. Он удовлетворен... но мне не хватает его. Еще так недавно мы были вместе.

Т.: И ты еще долго будешь скучать по нему... но это может оказаться даже приятным... потому что ты знаешь, что он счастлив, и все это благодаря тебе... он может радоваться жизни... а ты можешь анализировать изменения, произошедшие в твоей жизни... анализировать решения, принятые тобой... ведь ты научилась чему-то очень ценному, правда?

К.: Я не потеряла его.

Т.: Конечно же, нет.

К.: Я знаю, что сейчас я должна жить своей жизнью... думать о моих приятелях, моей карьере, моей жизни.

Т.: И как ты к этому пришла? К.: Я поняла, что я не могу всю жизнь заботиться о нем... что у меня своя жизнь, а у него своя... может благодаря нашим беседам... а может я поняла это тогда, когда в приемной наблюдала за вашими пациентами .. я помню, что я тогда думала... что они ищут ответы на вопросы... п что они наверняка сами уже знают, что им следует сделать... но им не хватает смелости... в мою голову пришла эта мысль, и я хотела доказать самой себе, что я смогу решиться на это.

Т.: И у тебя получилось, ведь так?

К.: Наверное, да... потому что он теперь самостоятельный.

Вышеприведенный диалог говорит о том, что клиентка на каком-то уровне сознания знала, что в ее отношениях с сыном назрела необходимость изменений. Во время последующих встреч терапевт обеспечил ей обратную информацию, а также впечатления, укрепляющие новую, полную одобрения реакцию клиентки на стремление ее сына к обретению независимости. Это изменение стало переломом в сознании больной и явилось основой модификации очередных шаблонов.

Д6

Метафоры, касающиеся ожиданий и амбивалентности

Большинство описываемых до сих пор стратегий были директивными по своему стилю и структуре. Подходы, непосредственно вовлекающие клиента в интеракцию и непосредственно направленные на специфические проблемы клиента, находят широкое применение. Однако правда такова, что многие пациенты (особенно те, кто погружен в глубокую депрессию) не в силах непосредственно справиться с гнетущими их проблемами. В таких случаях полезным может оказаться шаблон, известный под названием “терапевтической метафоры”. Зейг (1980) описал практические возможности использования метафоры в случае с такими проблемами как: диагностика, налаживание контакта с клиентом, указание принципиальных вопросов, подсказывание решений, подведение к самопознанию, привитие идеи, развитие мотивации и уменьшение сопротивления. Существует большое количество трудов, описывающих применение метафоры и представляющих набросок техник, касающихся их конструирования и передачи клиенту. (Гордон, 1978; Лэнкюн и Лэнктон, 1983; Розен.1982),

В метафорах терапевт часто обращается к опыту других людей (бывших клиентов, членов семьи или иных лиц, находившихся в подобной ситуации), с которыми пациент может идентифицировать себя, а в результате — обогатить свой опыт. Метафоры, доступно описы- вающие других людей, имеющих подобные проблемы, которые им удается решить, опосредованно внушают, что победа над депрессией возможна, а тем самым укрепляют мотивацию к активному участию в процессе лечения. Несмотря на это, случается, что клиент не воспринимает подобных метафор, т.к. временами его система отношений основывается на модели “заученной беспомощности” (Селигман, 1983). В таком случае клиент убежден, что даже если другие могут делать успехи, то ему это “никогда не удается”. В случае констатации или подозрения о наличии у клиента “заученной беспомощности”, использовать метафоры, описывающие чужие достижения не рекомендуется, т.к. это может еще более углубить депрессию.

Метафоры, целью которых является построение позитивных ожиданий, уже в ранних стадиях лечения, должны по мере возможности отвечать тому, как клиент переживает беспомощность и безнадежность, а также иные значительные аспекты субъективной действительности.

В нижеприведенном примере терапевт использовал метафорический подход, чтобы продемонстрировать понимание переживаний клиента (относящихся к депрессии и к неясности ее причин), а также, чтобы привить убеждение, что изменение не только возможно, но и при соответствующем подходе неизбежно.

“Однажды я работал с одной клиенткой... она чувствовала себя очень несчастной и не знала — почему.. На первый взгляд все было в порядке... у нее была семья, дом, удавшаяся .жизнь, но она знала, что есть что-то, что не дает ей покоя... хотя она и не отдавала себе отчета в том, что это такое... в начале... но она верила, что человек мо-жет измениться... и чувствовать себя значительно лучше... хотя и не знала, как этого достичь... и пока... сначала она очень сильно сомневалась... и она имела на это право... ее переживания были такими болезненными. Каждому кажется, что никто не страдает так как он... однако за свою .жизнь ты пережила уж~е множество изменений., некоторые были запланированы... другие нет... но всегда, когда ты входила в новый этап своей жизни... ты умела приспособиться к произошедшим изменениям... ты иногда забываешь об этом... но теперь у тебя есть время, чтобы вспомнить изменения, сыгравшие большую роль в формировании твоей индивидуальности... приятно открывать в себе богатство возможностей, скрытых довольно глубоко... теперь ты можешь использовать их... входя в новый период изменений... которые могут предоставить тебе множество пре- красных переживаний... они появятся однажды... изменения всегда так появляются”.

Вышеприведенная метафора относится к изменениям, являющимся естественным следствием развития человека. Для укрепления позитивных ожиданий полезными могут оказаться метафоры, которые ненавязчиво дают понять клиенту, что в прошлом ему удавалось, несмотря на тяжелые условия, успешно провести изменения.

Метафоры, направленные на наблюдаемую у клиента амбива-ленность, призваны построить

мотивацию предпринять определенные действия, что представляет собой важнейший элемент терапии больных депрессией. Можно применять метафоры, указывающие на позитивные результаты испытания новых подходов, а также метафоры, подчеркивающие негативные последствия нерешительности и пассивности в критических ситуациях. Важно, чтобы терапевт не забывал о том, что целью метафоры является создание мотивации и позитивных ожиданий, а не углубление разочарованности клиента, который осознает необходимость предпринять определенные действия, но у него нет сил, чтобы это сделать. Ниже читатель найдет пример метафоры, которая оказалась эффективной в случае с клиентом, погружающимся во все более глубокую депрессию по причине крайних трудностей, испытываемых им при принятии решения о том, поехать ли ему учиться в другой город или же остаться дома и поступить в местный колледж.

"Мой приятель Билл был недавно в ситуации, весьма похожей на твою it лишь сейчас он отдает себе отчет в том .. как много он узнал о себе... и теперь он действительно досолен... Билл не мог принять решения о выборе высшего учебного заведения., программа одного из них была достаточно традиционной... это был старый и консервативный университет... и находился он недалеко от дома, в котором он проживал вместе с родителями ... которые желали и впредь шботиться о нем... у него не хватало смелости разочаровать их и уехать... программа другой высшей школы быт более современной, менее консервативной... учебное заведение находилось в другом городе... он думал, что ему следует быть осторожным... но вместе с тем он хотел научиться чему-то большему, нежели предлагал первый ВУЗ... и он никак не мог решить, куда ему поступать — оба ВУЗа открывали перед ним позитивные возможности и в обоих местах был один и тот же срок подачи документов... он не мог решиться... и когда уже сроки поджимали... он действительно не мог принять решения... а когда он попросил директора того, второго ВУЗа, менее консервативного и находящегося в другом городе, чтобы он дал ему время подумать... ему ответили, что он, повидимому, не заинтересован в обучении, и поэтому на его место будет принят другой человек., итак, он "приземлился" в школе с более консервативной программой... живет с родителями... и чувствует себя тюремным узником... но я думаю, что он многому научился по части принятия решений... когда у нас еще есть выбор, прежде чем кто-то выберет за нас..."

Вышеприведенный пример косвенно касается нескольких типичных для депрессии проблем: амбивалентности, неадекватного чувства ответственности за родителей, неадекватного чувства вины, потери шансов ич-за нерешительности и страха, подтверждения того, что каждый должен знать свои личные интересы и строить свои действия в согласии с этими интересами. Эти важные сведения клиент хорошо запомнит благодаря тому, что содержание метафоры касается его проблем.

Метафоры могут быть использованы на каждом этапе лечения; они представляют собой необыкновенно полезный инструмент для усиления мотивации и построения позитивных ожиданий. Ниже будет приведен очередной пример метафоры, формирующей мотивацию посредством передачи сообщений: "успех необходимо заработать" и "каждый получает по заслугам".

"Тебе наверняка приходилось слышать пословицу: "Кто не работает, тот не ест..." и у тебя уже достаточно .жизненного опыта, чтобы понять... что посвящение... энергии... и времени... необходимо для достижения успеха... ты без сожаления избавишься от желания иметь все даром... мне известна одна история... одна из моих любимых . сначала тебе мол/сет показаться, что она тебя не касается... но когда ты слышишь ее повторно... то начинаешь замечать ее универсальный смысл, это история одна из тех, которые тебе у.же приходилось слышать миллион раз, и несмотря на это они никогда тебе не надоедают... ты всякий раз находишь в них нечто новое... это история о лесорубе и еще о одном человеке. . которые много лет тому назад пришли к судье, чтобы он их рассудил... судья спрашивает лесоруба, с чем он к нему пришел... и лесоруб не спеша, но реиш-тельно начинает свой рассказ... "Весь день я провел за тяжелой работой, чтобы заработать серебрянные монеты... а этот человек считает, что у него есть все права на половину... я не намерен ему ничего отдавать... это я встал на рассвете... оседлал осла... я много километров шел к лесу... расседлал осла... начал ударять топором и валить деревья. . это я работал топором... это я разрубил дерево на мелкие поленья... это я взял поленья и погрузил их на ослика... это по мне стекал соленый пот... это я гнул спину... и это мне полагается оплата... и тогда судья обратился к другому человеку... и спросил у него, почему он требует половину де- пег... а мужчина сказал: "Если бы не я, лесоруб работал бы в дна раза дольше... это я жаловался на то, что топор очень тяжел... это я проклинал деревья, когда они падали не так, как надо... это я кричал на осла, когда он не хотел идти дальше... это я жаловался на .жару... и без меня... вся работа длилась бы в два раза дольше..." Судья послал одного из своих людей за серебряным подносом... а затем забрал у лесоруба его монеты, несмотря на протесты бедняги... и тогда судья взял одну монету... и бросил ее на поднос... затем на подносе зазвенела другая монета... затем еще одна... чем больше монет ударялось о поднос... тем

сильнее злился лесоруб... и тем шире улыбался тот второй... когда кошелек наполовину опустел... лесоруб вытянул руку, чтобы забрать его... но судья велел ему отстраниться... и тот второй улыбнулся еще шире... судья же продолжал бросать на поднос монету за монетой, до тех пор, пока не опустел весь кошелек... лесоруб был в бешенстве... он думал, что судья лишает его всего заработка... второй ликовал... и тогда судья одним быстрым движением., высыпал все монеты обратно в кошелек... и бросил его лесорубу... после чего повернулся ко второму муж-чине и сказал: “Твоей работой был шум и крик... а сейчас ты слышал шум оплаты... а сейчас не спеша... по мере того как ты будешь продвигаться в своих размышлениях о крике и в построении иллюзии приложения больших усилий... ты можешь понять... в глубине души... что то, что мы думаем о значимости нашей работы... может сильно отличаться .. от награды, которую мы получим...а поэтому я размышляю... и ты тоже можешь об этом подумать... хочешь ли ты действительно работать... или же ты предпочитаешь лишь создавать шум... только ты знаешь... что это значит для тебя... ты можешь ото проигнорировать... и делать вид, что это тебя не касается... но ты интуитивно можешь понять... почему лесоруб заслужил всю оплату... подумай над этим... не спеши... загляни в будущее... в завтрашний день и еще дальше... и ты откроешь для себя... когда надо работать... а когда шуметь”.

^ВЫВОДЫ

Стратегии, описанные в данном разделе, опирались главным образом на гипнотерапию, делая ударение на провоцирование и управление ассоциациями клиента. Некоторые из этих стратегий требуют применения формального транса, т.е. процедуры, непосредственно идентифицированной с гипнозом, но большинство из них можно использовать без Ш

формальной гипнотической индукции. Терапевт должен максимально использовать свои коммуникативные способности, чтобы убедительно представить их в соответствующем темпе и приспособить их, по мере возможности, к индивидуальности и потребностям клиента

Построение позитивных ожиданий призвано вовлечь больного в процесс лечения а также увеличить вероятность успеха, а поэтому оно представляет собой исходный пункт любой психотерапии. Кажется, трудно переоценить то значение, которое занимает в терапии фаза развития позитивных ожиданий. Описанные в данном разделе шаблоны оказались поразительно эффективными в работе с больными депрессией. Их ценность огромна, т.к. именно отсутствие позитивных ожиданий является главным фактором, препятствующим эффективному лечению и подталкивающим клиента к прерыванию терапии. Раздел 7

ГИБКОСТЬ: МНОГООБРАЗИЕ ПУТЕЙ, ВЕДУЩИХ К ЦЕЛИ

Свойственная любому человеку склонность к обобщению на основе даже единичного опыта может приносить пользу, но может также являться ограничивающим фактором. С одной стороны, благодаря умению формировать стереотипы, пригодные для выполнения повседневных действий, мы избавляемся от необходимости всякий раз задумываться над уже известным нам фактом и анализировать его, словно он является для нас неким новым переживанием. Если бы человек, стоящий перед закрытыми дверями, должен был всякий раз размышлять над тем, как их открыть, или же, надевая ботинки, задумываться над тем, как завязать шнурки — эти простые задания требовали бы от него огромной концентрации внимания. Однако, с другой стороны, установленный раз и навсегда обобщенный шаблон, позволяющий справиться с определенным аспектом жизни (которая не ставит перед нами исключительно простых заданий, таких как открытие дверей или завязывания шнурков на ботинках), может деформировать индивидуальное восприятие действительности Усилия, направленные на преобразование установленной схемы, основывающиеся на формальной терапии или же на неформальных попытках совершить изменение, слишком часто заканчиваются разочарованием из-за очередного проявления старых, закрепленных стереотипов. Данная тенденция, проявляющаяся в признании лишь устоявшихся стереотипов, обычно анализируется в литературе как т.н. “сопротивление”. Сформировалось убеждение, что сопротивление, в принципе, является интегральной чертой любого пациента, и представляются различные того причины — от формулировок типа: “клиент в действительности не хочет изменения или же не готов к нему” до утверждения, “в действительности клиент черпает выгоду из своей болезни”. Стратегическая терапия предлагает изменить взгляд на сущность сопротивления, представляя иную точку зрения.

В литературе подчеркивается интерперсональный характер и последствия этого явления, и вместе и тем предлагаются стратегии необходимых терапевтических действий. (Подробное обсуждение этой темы находится у Лэнктон и Лэнктон, 1983; Зейг, 1980). Наблюдая за стереотипами, проявляющимися у больного депрессией, терапевт быстро убеждается в том, что они приносят лишь страдания. Данный стереотип может нарушать способность к рациональному и ясному мышлению в отношении какого-

либо аспекта жизни (как это показывают нам познавательная модель и модель “заученной беспомощности”). Возможно, данный механизм интерферирует со способностью к построению здоровых отношений с окружающим миром (как этого хотят интерперсональные теории), или же он генерирует поведение, являющееся для субъекта болезненным или неэффективным. Несмотря на включение этих стереотипов в отдельные измерения опыта, они являют собой самоподкрепляющийся механизм, т.е. их последствия еще более укрепляют первоначальные патологические схемы. Без сомнения, клиент ощущает потребность в изменениях и имеет мотивацию к их проведению. Однако дисфункциональный стереотип возвращается. Первым шагом в лечении, как уже говорилось в предыдущем разделе, является формирование позитивной ориентации на будущее, т.е. позитивных ожиданий.

Очередная цель, стоящая перед терапевтом, по существу представляет собой нечто большее, нежели просто очередной этап лечения, т.к. оно накладывается на все иные стадии терапевтического процесса. Данный шаг можно назвать процессом облегчения достижения гибкости. Существует большая вероятность того, что клиент, после привития ему убеждения в том, что изменение возможно, испытает своего рода перемещение в перцепции. Отличающееся восприятие инициирует надежду на нахождение эффективного решения проблемы, с которой сам пациент не смог справиться. Если, согласно представленным в данной работе рекомендациям, формирование позитивных ожиданий будет представлять первую стадию терапии, клиент будет в состоянии принять во внимание иные жизненные позиции. Естественно, пациент наверняка в прошлом уже рассматривал их, но он не видел способа проведения изменений, или же ему казалось, что это задание для него слишком трудное, и что оно выходит за рамки его возможностей. С помощью терапевта клиент сможет достичь состояния, в котором он будет активно обдумывать возможность претворения в жизнь значительных изменений. Клиенту следует дать понять, что возможны новые способы мышления, чувствования и реагирования, которые в свою очередь включают в себя новые ситуации. Кроме того, терапевт должен сообщить клиенту, что открытие новых способов реагирования на повторяющиеся раздражители обеспечивает возможность преодоления возведенных барьеров. В идеальном варианте терапевт конструирует модели позиций и поведения, заключающие в себе следующую информацию:

1 .Существует множество “верных” способов достичь цели. 2.Если твое действие неэффективно, значит, ты не можешь достичь желаемого. Будь гибким, чтобы смочь изменить способ действий, вместо того, чтобы упорно придерживаться определенной схемы.

3.Независимо от своих укрепившихся убеждений подумай над тем, какой ответ будет наиболее правильным (т.е. с максимальной вероятностью принесет желаемые результаты) в контексте данной проблемы.

4.Изменения не избежать, а продвижение вперед означает оставление прошлого позади.

Данные формулировки подчеркивают необходимость развития другого способа реагирования на жизненные вызовы. Как уже отмечалось выше, именно неспособность генерирования нового ответа является причиной того, что депрессиогенные паттерны носят неподвижный, фиксированный характер. Это “окостенение” может появиться в любом из измерений, описанных в третьем разделе. К отсутствию гибкости мышления, чувствования или поведения можно подойти как к основному элементу болезни, отражению неспособности (или ограниченной способности) человека адаптироваться к изменяющимся условиям. Как показывают многочисленные источники (Эриксон и Росси, 1976; Хейли. 1973), психические нарушения чаще всего развиваются у людей, оказывающих сопротивление естественным, обусловленным ходом времени изменениям, и пытающихся любой ценой удержать status quo.

Какие факторы позволяют человеку сформулировать гибкость, являющуюся основным инструментом развития? Что способствует тому, что образом жизни для него становится удерживание закостенелых стереотипов? Вопрос простой, но ответ охватывает столь обширную область и предполагает рассмотрение стольких деталей, что, скорее всего, он так никогда и не будет целиком сформулирован. Однако, можно попытаться рассмотреть несколько важнейших факторов, предопределяющих степень гибкости данного человека. СИСТЕМА УБЕЖДЕНИЙ И ЦЕННОСТЕЙ И ПРОБЛЕМА РИГИДНОСТИ

Возможно, самой большой преградой на пути к личностному развитию является глубоко укоренившаяся система ценностей, в которой превыше всего ценятся стабильность и традиция. Система, предполагающая такую большую потребность в сохранении стабильности перед лицом изменений, в ранг наивысших ценностей возводит привязанность к идеалам вне зависимости от изменяющихся обстоятельств. Верность традициям сохраняется, несмотря на прогресс, а также предписывается превосходство тому, что произошло, над тем, что может произойти. Привязанность к разработанной на

основе прошлого опыта системе ценностей и ожиданий, касающихся того, каким образом "следует" представлять и "видеть" определенные вещи, автор наблюдал во время клинической практики у большинства больных, страдающих депрессией. Эти глубоко укоренившиеся ценности предопределяют сознательные позиции и убеждения, формирующие образ восприятия мира человеком, а также определяют образ его возможностей. Некоторые системы убеждений выступают за неординарность и гибкость мышления, в то время как другие способствуют "закостенелости" мышления. Множество убеждений, предрасполагающих человека к депрессии, было учтено в описании паттернов когнитивных искажений (Бек, 1983). Уверенность в том, что чувства — точное отражение опыта, являющая одним из примеров нарушения процесса познания, приводит к серьезным осложнениям, т.к. субъективные ощущения могут иметь мало общего с объективной действительностью. Существует множество убеждений, являющихся причиной нарушения жизненного восприятия, например: "хотеть — значит мочь", "у всего есть своя причина" и "существует лишь один верный способ действия".

"Хотеть — значит мочь"

Данное убеждение, вместе с вытекающим из него принципом: "если у тебя не получилось в первый раз, попробуй еще раз", может стать источником мотивации, но может привести и к разочарованию. Иногда клиент все больше и больше вовлекается в какое-нибудь дело, веря, что его настойчивость и самоотверженность в конце концов приведут к успешному завершению начатого. К сожалению, иногда оказывается недостаточно даже самой горячей вовлеченности в дело. В конечном итоге человек может достичь лишь того, что для него в дейст- вительностн возможно. Люди иногда ставят перед собой совершенно нереальные цели. Рассмотрим случай женщины - психотерапевта, которая очень сильно переживала по поводу болезни своего сына. Ему поставили диагноз шизофрения. Являясь специалистом в данной области, она хорошо ориентировалась в возможностях современного лечения и его эффективности. Она была вынуждена посвящать сыну много времени и энергии; на лечение уходила уйма денег. Женщина на себе испытала, что значит заботиться о тяжелобольном, который не в состоянии сам позаботиться о себе; он многократно убегал из лечебницы и из дома матери, а его состояние продолжало ухудшаться. Женщину терзало ощущение парадоксальной ситуации, в которой она — психотерапевт — вынуждена сражаться с шизофренией собственного сына и, несмотря на личное участие, несмотря на свой профессионализм, она не в силах помочь ему. В результате женщина погрузилась в депрессию. Отчаянные попытки вылечить сына привели к тому, что у этой чувствительной и мудрой женщины родилась навязчивая идея: должен существовать какой-то выход из этой ситуации. Хотя такой образ мышления приносил ей страдания, ею руководило чувство ответственности за сына, а ее самопожертвование и решимость были достойны восхищения. Читатель не должен забывать, что куда легче лечить чужого человека, нежели родного, особенно если очередные попытки терапии заканчиваются неудачей.

В данном случае терапия оказалась короткой, интенсивной и эффективной. Она сосредотачивалась на связанном со сферой ценностей убеждении в том, что, если человек действительно жаждет чего-либо достичь, он всегда найдет способ, чтобы реализовать задуманное. Внимательный, вдумчивый анализ собственных взглядов подвел мать к глубокому пониманию некоторых аспектов проблемы, а также вызвал значительные изменения в ее способах реагирования В ходе нескольких терапевтических сеансов был применен гипноз, при этом использовались внушения и метафоры, подчеркивающие необходимость позволять людям быть такими, каковы они есть. Женщина также получила директивы, которые были призваны внушить ей, что иногда следует смириться с тем, что преподносит нам жизнь. Когда она изменила свой односторонний подход, основывающийся на убеждении в том, что единственным возможным выходом из данной ситуации является "исцеление" сына — она освободилась от депрессии. И в дальнейшем эта проблема вносила в ее жизнь грусть и разочарование, но пациентка могла сконцентрироваться на собственной жизни, вместо того, чтобы "болеть" вместе с сыном. Она вовсе не отказалась от любви к нему, а попросту отказалась от убеждений, причинявших ей боль.

"У всего есть своя причина"

Одной из наиболее интересных особенностей человека является потребность во всем найти определенный смысл. Любой человеческий опыт становится импульсом к поиску связи между причиной и результатом. Формулируемые людьми теории могут и не иметь под собой какого бы то ни было объективного фундамента, а тем самым в действительности они могут ничего не доказывать, но если человек однажды признает их удовлетворяющими для объяснения хода событий, потребность в поиске правды, как правило, исчезает.

Когда же не существует объективных способов объяснения (т.е. таких, которые были бы

правдоподобными, реальными и глубокими), начинаются спекуляции. Спекуляции, как правило, принимаются на веру. Если человек верит в фантастическую теорию о том, что каждое событие имеет свою цель — известную или неизвестную — в этом случае мгновенной реакцией на любое событие окажется поиск “причины”. В большинстве случаев ассоциации, сопутствующие данному событию, оказываются абсолютно негативными и могут привести к депрессии.

Вот пример клиентки, жалующейся на депрессию, беспокойство, страх, появившиеся у нее после того, как она пережила грубое, ничем не спровоцированное нападение. Клиентка в возрасте 35 лет начала курс лечения у автора данного труда вскоре после этого драматического события. Женщина припарковала автомобиль недалеко от спортивного зала, куда она ходила на тренировки. Вдруг из-за машины с диким криком выскочил мужчина и в бешенстве набросился на нее. Женщина не смогла защитить себя и в результате была серьезно избита. Испытанные ею страдания не ограничивались лишь физическими травмами; в эмоциональном плане она превратилась в развалину. Женщина лишилась сна: любой шорох, казалось, предвещал опасность. Кроме этого она испытывала иные типичные симптомы посттравматического стресса.

После нескольких сеансов, посвященных главным образом налаживанию контакта, а также представлению психологических тактик преодоления боли, терапевт занялся депрессивным убеждением клиентки в том, что нападение на нее было совершено по какой-то причине. Она была склонна думать, что нападение имело свою особую при- чину и представляло собой своего рода информацию. Женщина строила предположения, что, возможно, ей не стоило ходить в спортивный комплекс, а следовало больше времени проводить дома. Избиение по ее мнению, было знаком того, что она не являлась хорошей женой и матерью. Вполне естественно, что пациентка стремилась определить значение столь драматичного события, но это лишь ухудшало ее, и без того плохое состояние. Даже когда оказалось, что нападавший неоднократно помещался в психиатрическую лечебницу по причине повторяющегося агрессивного поведения, женщина не отказалась от убеждения, чго должна была быть причина, по которой именно она стала объектом для нападения. Терапия заключалась в использовании “перегрузки”. От пациентки требовалось предоставить максимальное количество правдоподобных объяснений нападения. Сделав это, она отдалилась на некоторое расстояние от своих спекуляций и приняла к сведению, что если и существовала какая-то причина, то идентифицировать ее не представляется возможным. Освобожденная от чувства вины пациентка сразу же избавилась от депрессии, беспокойства и страха.

Д7

Метод перегрузки

Данная стратегия требует от клиента конструирования по крайней мере полдюжины интерпретаций или объяснений данного события. Она вынуждает его развивать более гибкий взгляд на действительность и принимать различные точки зрения. В результате повышается способность пациента диссоциироваться от негативных ощущений, отдельно взятых объяснений или интерпретаций.

“Существует лишь один верный способ действия”

Это одно из наиболее догматичных убеждений, порождающее — в более широком контексте — предубеждения и войны, а на уровне личности — интра — и интерперсональные проблемы. Человек не может выдержать оказываемого на него давления, вынуждающего принять определенные другими безапелляционные стандарты поведения. Каждый из нас постоянно получает следующее сообщение: “Ты должен жить так, как живу я, и приноравливаться к моим ожиданиям, в противном случае ты столкнешься с моим неодобрением или же от- вержением”. Еще полбеды, если человек имеет настолько сильную индивидуальность, что ему удастся выдержать это давление. Но если кем-то овладело чувство вины, а его самооценка зависит от одобрения его окружением, такой человек легко может погрузиться в депрессию. Угождение любой ценой ожиданиям окружающих ведет к депрессии, т.к. когда другие оказывают решающее влияние на наше чувство собственной значимости, мы теряем индивидуальность, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

А теперь обратимся к истории двадцатилетнего мужчины, который в течение года страдал депрессией, прежде чем в конце концов обратился 5а помощью к автору. Он был безработным и находился на содержании у своих друзей; мужчина признавался, что ему недостает мотивации, чтобы изменить свое положение. В свое время он поддался воле матери и поступил в семинарию, чтобы согласно ее желанию, обучаться на священника. Воспитанный в религиозном духе своей овдовевшей матерью, он чувствовал себя обязанным ей и считал, что должен оправдать ее ожидания. Однако в возрасте двадцати лет он понял, что это не его призвание, и бросил учебу. Это решение далось ему нелегко. Итогом всего этого стали серьезные эмоциональные нарушения, чувство вины и беспокойства.

Уже вступительный анализ образа мышления молодого человека позволил понять причину его угнетенного состояния. Он жил не так. “как следует”, разочаровал мать и самого себя: он не мог быть доволен своими начинаниями, т.к. знал, что мать их не одобряет. И до тех пор, пока он был уверен, что правильный образ жизни — это тот, который осчастливит его мать, он не мог освободиться от депрессии. Терапия позволила пациенту понять, что существуют индивидуальные различия, и он уяснил для себя, что “правильных” образов жизни множество.

Д8

Правильность стиля жизни

Клиент получил задание составить исходя из собственных критериев, список, “правильных стилей жизни”, а затем напротив каждой из приведенных позиций привести имена тех, кто наверняка не принял бы данного способа поведения. Данное упражнение подвело к дискуссии на тему необходимости собственной оценки избранного стиля жизни. Когда пациент понял, что то, что является ценным для одного человека, другим может вообще не приниматься — ему стало легче взять на себя ответственность за собственные решения и за все вытекающие ш них последствия. (Клинический контекст данной директивы описан в случае 4, в приложении В).

Иные системы убеждений.

Существует множество систем убеждений, настолько закостенелых, что использующий их человек попадает в ловушку дисфункциональных механизмов. Выше были представлены три такие системы вместе с иллюстрирующими их примерами, чтобы показать связь между ригидными убеждениями и депрессией. “Мне не следует просить о помощи”, “все имеет свою цель”, “долг есть долг, и следует исполнить его во что бы то ни стало”, а также иные подобного типа взгляды весьма распространены и в значительной мере ограничивают область доступных для человека выборов. Убеждения обуславливают ожидания. Человек, ожидающий, что события пойдут определенным образом, а также ожидающий от окружения определенной реакции, подвергает себя неминуемому разочарованию. Присутствие чувства неудовлетворенности весьма вероятно, т.к. реакции, идентичные ожиданиям бывают редко. Каково же оно, логическое решение, способное помочь избежать разочарования? Чтобы достичь желаемого результата, необходимо оказывать очень сильное давление на данного человека или же на ситуацию. В чем заключается ошибка в подобном рассуждении? Чело- век может постараться повлиять на окружение, чтобы достичь определенного результата, но этот результат зависит от объективных факторов, не поддающихся контролю. Данный стереотип настолько распро- странен среди больных депрессией, что автор решил посвятить ему большую часть этой книги. Гибкость появляется когда ожидания менее определенны, и увеличивается способность включаться в стихийный ход событий.

Система убеждений и сопротивление в процессе терапии

Если мы примем во внимание тот факт, что система ценностей и убеждении ограничивается областью доступных для человека выбо- ров действия, становится очевидным, каким образом может умень- шиться резерв жизненного опыта, к которому обращается человек. Ко- гда резервы личности ограничены (например, из-за физических, либо психических недостатков, болезненных испытаний, разлаженных общественных отношений и т.п.), тип и качество жизненного опыта, не- обходимого для полноценного функционирования, также оказываются неподобающими. Итак, мысли, чувства или же поведение, которые оказались бы наилучшей реакцией в данном контексте (т.е. наиболее адекватной реакцией) просто отсутствуют в репертуаре данной особы Этот очевидный факт, к сожалению, часто ускользает из поля зрения терапевтов, занимающихся пациентами с депрессией. Клиенту говорят' “ищи иной выход”, но ведь ему неизвестно, как это сделать. Ему говорят: “войди в контакт со своей злостью” — но это чувство всегда в нем подавлялось и является для него недостижимым. Наверное, не стоит продолжать доказывать, что клиент не сможет выполнить того, к чему мы будем его призывать.

Если клиент не располагает соответствующей реакцией, являющейся непосредственным следствием его личного опыта, терапевт не может требовать от него такого ответа. Подобные требования лишь углубляют неудовлетворенность клиента, когда он открывает, что, несмотря на мнимое отсутствие преград, он не может оправдать ожиданий. Так называемое сопротивление часто появляется тогда, когда у клиента отсутствует эмпирически приобретенная система отношений, на которую он мог бы опереть адекватные ответы. Было бы абсурдом ожидать, что человек, не способный справиться с собственной импульсивностью, отреагирует на директиву “подумай, прежде чем сделать”. Мышление перед совершением определенного действия не свойственно такому человеку.

Подобный взгляд на проблему сопротивления требует от терапевта соответствующего подхода. Предположив, что сопротивление может стать сообщением об ограничениях клиента, клиницист может

использовать это сообщение так же полноценно, как и любое другое. Если больной не в состоянии генерировать какой бы то ни было ответ, терапевт может разбить поставленную перед пациентом цель на составляющие части, которые клиент сможет выполнить.

Терапевт должен проектировать задания для клиента таким образом, чтобы они лежали в сфере возможностей пациента, только тогда он сможет достичь успеха. Поражение или же неполный успех могут лишь углубить депрессию.

Чаще всего то, что воспринимается как сопротивление, уходит корнями в шаблон “глобального мышления”, рассмотренный в четвертом разделе. У человека, страдающего депрессией, часто возникает чувство, что трудности его перерастают, поскольку все детали проблемы он воспринимает как одно целое (глобально), а не дифференцировано. Опытный клиницист быстро поймет, что пациент не в состоянии разбить проблему на мелкие фрагменты, с которыми было бы легче справиться, и в ходе терапии продемонстрирует клиенту соответствующие паттерны поведения. Ударение ставится на опыт и на создание более гибкой системы отношений согласно которой человек формирует свои реакции.

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГИБКОСТИ

Как было сказано, индивидуальная система ценностей и вытекающие из нее убеждения и ожидания являются главным фактором, предопределяющим сферу возможностей данного лица. Если данная система порождает негибкие, стереотипные реакции, уменьшается способность эффективно решать проблемы, требующие преодоления границ привычного мышления и восприятия. Было также отмечено, что создание условий для существенных изменений заключается в конструировании новой более гибкой системы отношений, основанной на жизненном опыте.

В случае человека, страдающего депрессией, любое недоразвитие способности решать проблемы выявляется в виде неумения адаптироваться к существующему положению вещей и в виде неспособности изменяться вслед за изменяющейся ситуацией. В первом случае он может произвести впечатление “заблокированного” или же погруженного в борьбу человека, который не может выиграть, потому что пытается контролировать факторы, находящиеся вне сферы его влияния. В другом случае будет казаться, что человек игнорирует или же умаляет значение получаемой из окружения обратной информации, внушающей необходимость приспособления. Такая позиция ведет к изоляции п удерживается до момента, в котором наступает перелом, что часто является началом терапии.

Чтобы помочь клиенту развить гибкость, терапевт может: 1) призывать его взглянуть на конкретное событие с различных точек зрения; 2) обучить различным техникам решения проблемы или, по крайней мере, тому, как избежать “блокирования”, прибегая к помощи других людей; 3) облегчить ему определение того момента, когда он должен будет отказаться от прошлого и сделать шаг вперед. Кроме того, пациент должен обрести умение предпринимать выгодные для себя действия в критический момент инициирования изменений. Это последнее приобретает особое значение, когда речь заходит об избежании возвращения депрессии в будущем. Ясно, что не всегда удается полностью избежать стрессов повседневной жизни, которые могут спровоцировать депрессию, однако с полной уверенностью можно говорить о возможности развития восприимчивости к собственным чувствам и специфическим ситуативным ключам, что позволит устоять перед наиболее сильными жизненными испытаниями.

Основной проблемой является “отказ”. Чтобы продвинуться вперед, человек должен от чего-то отказаться. Отказ от прошлого является необходимым условием прогресса. Высокая оценка стабильности п обязательности, а кроме того, страх перед неизвестностью, страх перед успехом или поражением, привязанность к второстепенным делам, а также бесчисленное количество иных факторов может стать причиной, по которой человек не отказывается от прошлого и тянет его за собой, несмотря на то, что оно приносит ему лишь страдания. В отдельных случаях любой из этих элементов может сыграть роль тормоза; однако, вне зависимости от этого, следует стремиться идти вперед.

Когда человек решается “отказаться”? При каких обстоятельствах люди делают шаг вперед, хотя они и боятся его последствий?

Некоторые идут на это под давлением окружения. Им просто не остается ничего другого, кроме как подчиниться (например, когда семья переезжает, ребенок вынужден следовать за родителями). Другие стихийно движутся вперед, когда понимают (необязательно на осознанном уровне), что перед ними раскрываются хорошие перспективы. Для третьих шаг вперед или отказ от прошлого является результатом убийственной внутренней борьбы, и изменение может произойти лишь тогда, когда человек, доведенный до крайности, примирится с тем, что иного выхода у него нет. Вернемся, например, к убеждению, что “хотеть — значит мочь”. Человек, который верит в этот принцип, будет мертвой хваткой держаться за него, даже если неоднократно предпринимаемые попытки достичь цели

(например, склонение кого-то к изменению или поддержание status quo в какой-либо области) всякий раз заканчивались поражением.

Этот последний сценарий, без сомнения, относится к наиболее часто встречающимся у пациентов с депрессией. Примером ситуации, когда лишь понимание отсутствия альтернативы вынуждает пациента занять позицию отказа, является случай страдающей депрессией матери сына-шизофреника. Когда клиентка назвала имена всех психиатров, психологов и социальных работников, к которым она обращалась за помощью, а также программы лечения на дому и в спецучреждениях

— стала очевидна ее чрезмерная привязанность к концепции “хотеть

— значит мочь”. Не было потребности убеждать пациентку в нерацио- нальности такой точки зрения. Автор просто спросил, как она определит, что проблема стала столь серьезной, что она уже вышла за пределы психической устойчивости женщины. Система убеждений пациентки подверглась переоценке. Затем автор поинтересовался, что ей подскажет, что с ее стороны приложено уже достаточно усилий для спасения сына, и что пришло время примириться с определенными аспектами проблемы и прекратить бесполезную борьбу. Несмотря на то, что данные вопросы могут показаться вполне очевидными, пациентка до сих пор не задумывалась над ними. Никогда ранее она не пыталась определить, в какой момент следует отказаться от дальнейших усилий, а поэтому ей никогда не приходило в голову, что возможно ей следует отступить. Терапевт склонил ее к определению условий, необходимых для признания ею достижения границ своих возможностей. Когда пациентка уже располагала такой системой отношений, абсурдное требование терапевта проконсультироваться с сотней терапевтов явилось сигналом, показавшим ей, что за свой образ жизни она платит слишком высокую цену. Это спровоцировало процесс быстрого изменения. Женщина пришла к выводу, что она сделала все, что было в ее силах, а цель, поставленная ею перед собой, недостижима. Она не перестала любить сына, но благодаря реалистичной оценке собственных возможностей, женщина начала по-другому выражать свои чувства. Более того, терапевтический процесс указал пациентке на необходимость определения собственных ограничений и приспособления к ним.

МЕТАФОРЫ, ОБЛЕГЧАЮЩИЕ “ОТКАЗ”

Многочисленные источники говорят о том, что метафоры или различные истории создают возможность внушения определенной точки зрения, склоняя к идентификации себя с героями (Лэнктон и Лэнк-тон, 1983; Розен, 1982; Зейг, 1980). В раннем периоде лечения, когда клиницист еще не концентрируется на специфических проблемах данного клиента, безотлагательной целью терапии становится развитие у больного большей гибкости. В этот период метафоры могут применяться с целью вызова у пациента кризиса, а также мотивирования его к принятию идей и тактик, направленных на избавление от ригидности, и внушение ему необходимости изменений. Данные метафоры можно конструировать различным образом: как универсальные или же как специфические, в которых терапевт обращается к конкретным факторам из истории жизни отдельных клиентов. Универсальные отношения

Метафоры, использующие “универсальные отношения”, касаются изменений, происходящих в одной из плоскостей, находящихся в центре внимания данного лица. К примеру, они могут относиться к изменениям, являющимся следствием технического прогресса, с учетом его часто игнорируемой цены. В другом случае более прозрачной аналогией могут стать исторические или социальные перемены; впрочем, терапевт может использовать любые метафоры, которые, основываясь на своих знаниях о клиенте, он сочтет наиболее полезными. Вот пример:

“Не знаю, принимала ли ты это когда-нибудь во внимание, но ты можешь сделать это сейчас... нечто очень важнее... что каждый шаг вперед несет в себе какую-то выгоду... но ты должна за него чем-то заплатить... ты должна заплатить даже за то, что остаешься на одном и том же месте, если подобное вообще возможно... но изменение окружающего тебя мира создает для тебя прекрасные возможности, которых ты недооцениваешь, принимая их за нечто вполне очевидное... возьмем, к примеру, технический прогресс: он доказывает, что изменение — это нечто прекрасное, открывающее перед тобой большие возможности которые компенсируют расходы... потому что когда ты летишь в самолете... тебе предоставляется шанс за короткое время преодолеть большое расстояние... хотя тучи и воняют бензином... а когда ты пользуешься телефоном, это облегчает передачу информации... хотя в некотором роде лишает конфиде\1\{иальиости... машина позволяет тебе доехать куда угодно и когда угодно... но на дорогах создаются пробки... и ты должен платить за бензин... однако когда приходят перемены... выгода от которых превосходит расходы... изменения... которые тебе еще предстоит пережить... хотя сегодня ты еще не можешь предвидеть их наступления... тогда ты с легкостью согласишься с тем.. что прогресс имеет свою цену и поскольку ты уплатил по счетам... у тебя есть полное право пользоваться всем тем хорошим, что несет с собой прогресс”.

Данная метафора опосредованно внушает клиенту необходимость признать неизбежность изменений и понять, что если он сконцентрируется на вытекающей из изменений пользе, а не на цене этих изменений, перемену можно будет принять, и, возможно, она даже принесет настоящую радость. (См. случай 1. и 3. в “Приложении В.)

дю

Специфические отношения

Метафоры, обращенные к “специфическим отношениям”, базирующиеся наличном опыте личности, с эмоциональной точки зрения наверняка оказывают на клиента еще более сильное влияние. В ходе клинического обследования клиницист может получить информацию о благоприятных или неблагоприятных переменах, пережитых клиентом. Терапевт должен исследовать обстоятельства, при которых пациент принял факт перемены, узнать, как до этого дошло (т.е. какие механизмы вступили в действие: активные, или же реактивные) и каким образом клиент справился с интеграцией этих переживаний. (Данные директивы в клиническом контексте иллюстрируют случаи 1. и 3. в “Приложении”.) Намек на индивидуальные переживания клиента можно вплетать в метафоры, призванные показать больному козыри, которыми он располагает и которые он может использовать для совершения желаемых изменений. Данную метафору можно сконструировать следующим образом:

“Однажды ты мне рассказывал, что давно, когда ты был еще мальчиком, твоя семья постоянно переезжала... и ты постоянно вынужден был приспосабливаться к новым условиям и новым людям... и тебе наверняка нелегко было найти свое место, во всех смыслах этого слова... с другой стороны, мысль о переезде может возбуждать... потому что все новое возбуждает... л всякий раз... когда ты переезжал... и знакомился с новыми друзьями... новыми интересными местами... и новыми развлечениями... ты приобретал нечто важное... как это прекрасно... переехать и убедиться... что ты сможешь приспособиться... и взрослеть в любых условиях... ты сможешь продвигаться вперед... подумай также об иных своих достоинствах... о которых ты иногда забываешь... о том. что ты знаешь, как следует познавать новое... о том, что ты сможешь радоваться новым впечатлениям... обо всем том, что так часто помогало тебе в .жизни...”

В этот момент необходимо побеседовать с клиентом на тему ассоциаций, которые вызвала у него данная метафора. Благодаря этому пациент уясняет для себя значение своих умений, которые он затем может перенести в текущий контекст и использовать для изменений. Подобный диалог иногда может проходить весьма драматически, т.к. здесь мы имеем дело с амплификацией как сильных, так и слабых сторон клиента, но вместе с тем такой диалог предоставляет пациенту шанс совершить путешествие в свой внутренний мир.

ОТКАЗ: РАСШИРЕНИЕ НА ИНЫЕ УРОВНИ

Чтобы облегчить клиенту отказ, полезно применить символические задания, выполнение которых требует участия на “безопасном” (т.е. обремененным небольшим эмоциональным зарядом) уровне опыта. Затем клиницист внушает клиенту, что опыт, приобретенный в одном измерении, может распространяться и на иные измерения, т.е. образуется цепная реакция, которая в конечном итоге вызовет перенос первоначального переживания в желаемый контекст.

ДП

Купи и выбрось

Очередной директивой, пригодной для работы с клиентом, является стратегия “купи и выбрось”. Клиент получает поручение купить какую-нибудь мелочь, в течение нескольких часов обладать ею, а затем испортить и выбросить. Клиент приобретает предмет, зная, что вскоре ему предстоит избавиться от него. Такой опыт позволяет понять ему несколько существенных вопросов, а именно: иногда вещи являются необходимыми лишь в течение некоторого времени, после чего от них следует избавиться, даже то, что оказывается непостоянным, имеет свою ценность: человеку не следует слишком сильно привязываться к вещам: ведь “ничто не вечно в этом мире”.

Д12

Тип хомяка

Данная директива находит применение в случае т.н. типа “хомяка”. Клиенту рекомендуется ежедневно посещать гараж, подвал или чердак и находиться там в течение определенного времени, отведенного на “обладание и отказ”. Пациент должен пересмотреть предметы, накопленные за многие годы, и решить, от каких из них он может избавиться (выбросить или кому-нибудь отдать).

Д13

Переезд

Предыдущая директива необыкновенно эффективна, особенно в соединении с метафорой,

описывающей опыт “переезда”: уборка старой квартиры, упаковывание вещей, необходимость определения того, какие из них уже утратили свою ценность и представляют собой ненужный хлам, а какие из них стоит сохранить для будущего использования.

Данная метафора указывает на происходящие с течением времени изменения в восприятии человеком того, что некогда представляло для него большую ценность. С помощью этой метафоры можно привить человеку убеждение в том, что его перцепция и образ восприятия определенных вещей, которые он считает весьма существенными, подвергается постоянным метаморфозам. Принятие такой позиции облегчает понимание неизбежности изменений. Благодаря переносу опыта с одного уровня перцепции на другие, больной освобождается от мышления гипа “все или ничего” — познавательной деформации, довольно часто наблюдаемой у лиц, страдающих депрессией. (См. случай 4. в “Приложении В.)

ОТКРЫТИЕ РАЗНООБРАЗИЯ

В своей повести “И ковбойки любят мечтать” (1976) Том Робине пытался показать, что наши представления об успехе часто расходятся с действительностью. Робине обратил внимание на то, что, когда человеку удается достичь того, к чему он стремился, он, как правило, начинает думать, что ему известно, как следует “правильно” поступать. По мнению писателя, поражение в конечном счете может быть весьма поучительным, т.к. оно вынуждает постоянно искать новые пути. По причине схематической структуры разума дифференцирование мышления является для человека делом чрезвычайно трудным; и несмотря на это некоторым все же удается мыслить творчески и перспек-тивно. Понимание того, что мир не может быть исключительно черно-белым, что он насыщен различными оттенками, особенно желательно в случае лиц, страдающих депрессией и проявляющих склонность к дихотомическому мышлению и к иным расстройствам познания (Бек, 1983).

Д14

День в зоопарке

Директива “День в зоопарке” не вызовет у клиента чувства страха и даже может подарить ему несколько приятных минут. Пациенту рекомендуется с блокнотом и карандашом отправиться в зоопарк. Терапевт поручает ему вести детальную запись своих наблюдений касательно физиологических и поведенческих механизмов, сформированных отдельными видами животных в процессе приспособления к определенной окружающей среде. Гениальные решения, “найденные” природой для поддержания биологического равновесия предоставляют поразительные доказательства господствующей во Вселенной гармонии. Животные приспосабливаются к окружающей среде в ходе непрерывно происходящей эволюции, а их адаптационные механизмы могут стать как избавлением, так и потенциальной угрозой. До тех пор, пока окружающая среда не изменяется, животное чувствует себя в ней вполне “комфортно”. Когда же среда их существования претерпевает серьезные трансформации, адаптационные возможности животного подвергаются серьезному испытанию. В этот критический момент оно становится перед выбором — приспособиться или погибнуть. Проведение с клиентом беседы на тему специализации различных животных и угроз, которые несет в себе эта специализация, представляет собой прекрасную возможность задуматься над проблемой выживания, обеспечиваемого изощренными адаптационными механизмами. Между явлениями, происходящими в природе, и дилеммами человека в его повседневной жизни просматривается очевидная аналогия. Многие зоопарки совершенно обоснованно гордятся богатой коллекцией флоры. Растения также могут послужить метафорой, касающейся потенциальной опасности “укоренения” в изменяющейся или нестабильной среде. Тема адаптации может быть также использована в метафоре, объясняющей факт господства человека на всей планете благодаря его способностям приспосабливаться к жизни в различных климатических условиях. Такая метафора несет в себе следующее сообщение: адаптация является необходимым условием выживания. (Описание дан-нон директивы в клиническом контексте находится в “Приложении” — сл>чай 2. и 4.)

Д15

Зондаж

Еще одной стратегией, облегчающей пациенту открытие для себя существования множества способов мышления, является “зондаж”. Клиенту рекомендуется “провести научный эксперимент”, заключающийся в выполнении своего рода зондажа. Пациент должен склонить окружающих его людей представить ему свои взгляды относительно существенных для него вопросов. С этой целью составляется анкета или список вопросов, которые клиент задает знакомым или же незнакомым людям — в зависимости от того, какая из этих групп оказывает на него большее влияние. В результате пациент убеждается в том, что у людей могут быть диаметрально противоположные мнения относительно

данного вопроса, но, несмотря на это, все эти различные взгляды в какой-то мере обоснованы. Каждое мнение, с которым сталкивается пациент, предоставляет ему возможность "переоценки", а помимо этого доказывает, что существует множество "правильных" подходов к делу. Таким образом можно свести к минимуму дихотомическое мышление у пациента и склонить клиента более широко взглянуть на данную проблему. (Эту директиву иллюстрируют случаи 1 и 2, "Приложение В.)

Д16

Точки зрения

Если клиент по какой-либо причине не хочет или не может провести описанного выше "зондажа", предлагается альтернативная стратегия. Пациенту предлагается назвать ряд проблем, связанных с общественной жизнью, упорядочить их, исходя из личной эмоциональной вовлеченности — от безразличных клиенту до пробуждающих в нем сильные чувства, а затем детально описать по крайней мере две "точки зрения" относительно каждого вопроса. Кроме того, клиент должен приготовить с полдюжины аргументов, призванных защитить каждое мнение. Выполнение этого задания потребует от него определенных усилий, и в то же время оно помогает ему открыть для себя, что любая точка зрения может иметь убедительное обоснование, а также позволяет увидеть перспективы, которые ранее не замечались либо недооценивались. В результате пациент начинает принимать вещи такими, какие они есть, и прекращает депрессиогенное стремление к нереальным целям. У лиц, страдающих депрессией, в когнитивной сфере проявляется нарушение, которое Бек (1983) назвал "негативной интерпретацией". Оно заключается в том, что человек интерпретирует весь свой опыт, исходя из негативной системы отношений. Т.е. из всех событий, даже нейтральных или позитивных, делаются негативные выводы, что в свою очередь приводит в движение депрессиогенные механизмы (См. случай 1. в "Приложении".)

Д17

Различные интерпретации

Для повышения гибкости стиля интерпретации клиенту можно предложить представить "различные интерпретации" текущих событий, определяя число позитивных, нейтральных и негативных интерпретаций. Сам автор от своих пациентов требует предоставления как минимум трех позитивных и трех нейтральных комментариев в ответ на каждый негативный. В начале эту стратегию лучше всего применить к банальным ситуациям, несущим в себе небольшой эмоциональный заряд (например, почему продавец магазина неверно дал вам сдачу). Когда клиент приобретет навык быстрого генерирования "различных интерпретаций" данного события, его склонность придерживаться единственной, негативной, интерпретации сходит на нет. Вариант этой стратегии был применен в описанном выше случае с пациенткой, убежденной в том, что "все имеет свою причину".

В системном подходе часто подчеркивается роль механизмов, связанных с принципами, соблюдаемыми членами системы "Гомео-стаз", или стабильность системы, является результатом паттернов интеракции, правила которой определяют способ передачи обратной информации и ее использования. Это могут быть т.н. "явные правила", их легко идентифицировать, и они известны всем членам системы; или же "скрытые правила", которые в полной форме известны лишь некоторым представителям данной системы. Отдельные семейные терапевты подходят к процессу лечения как к "выявлению скрытых правил", обеспечивающих более эффективное протекание передачи и использования обратной информации. (Ср. случай 4, "Приложение".)

Д18

Идентификация правил

Отсутствие гибкости является показанием к применению директивы, основывающейся на "идентификации правил" и касающейся как явных, так и скрытых принципов, управляющих системами и подсистемами, в которых функционирует лицо, страдающее депрессией. Терапевт склоняет клиента к осмыслению правил, предопределяющих то, что возможно, а что невозможно относительно его личных проблем (если депрессия проявляется на интраперсональном уровне) или же отношений с другими людьми (если, по мнению терапевта, этиология депрессии связана с динамикой интерперсональных отношений). Сначала клиента просят определить принципы, действующие в иных контекстах, например касающиеся отношений в семье ("никогда не критикуй приготовленное мамой", "всегда возвращайся домой вовремя") или же касающиеся служебных отношений (никогда не давай шефу почувствовать, что ты его умнее"). (См. случай 2. в "Приложении".)

Д19

Ломка принципов

Когда клиент научится идентифицировать правила, предопределяющие интеракцию, он может перейти к более важным, практическим действиям, т.е. к образцам идентифицирования и к проведению

в жизнь “ломки принципов”. Терапевт склоняет клиента после распознания правила определить соответствующие и несоответствующие ему типы поведения. Если, к примеру, клиент идентифицирует принцип “не сопротивляйся”, ему рекомендуется описать применяемые паттерны дипломатического поведения, а затем — паттерны конфронтационных действий, в соединении с определением контекста, в котором их следует применять. Следующий шаг — это осторожное экспериментирование с введением новых типов поведения, что позволяет клиенту медленно расширять сферу поведенческих стереотипов.

II

Данная стратегия имеет для терапевтов особое значение. В ходе развития психотерапии сформировалось множество устоявшихся принципов, касающихся того, что терапевт должен, а чего не должен делать. Без сомнения, часть из них является необходимым условием хорошего самочувствия и развития пациента, но оставшаяся часть представляет собой пережиток прошлого, наследие ранних школ психотерапии, которые уже давно перестали считаться эффективными. Принцип, провозглашающий следующее: клиницист всегда должен быть опорой для клиента, он должен его поддерживать, оберегать его от стресса и т. д., делает невозможным применение некоторых терапевтических методов. Например, терапевт, убежденный в необходимости постоянно поддерживать пациента, может испытывать определенные трудности, когда в игру вступает конфронтация, даже в том случае, когда она рекомендована. Без сомнения, провокационные, разрушающие устоявшиеся принципы, но эффективные, стратегии клиницистов, таких как Милтон Эриксон, создают благоприятные условия развития, начинающегося после идентификации и осознанного преодоления обязательных до сего времени правил.

В заключение размышлений о проблеме гибкости, следует подчеркнуть значение механизмов, используемых человеком при решении проблем. Когда степень сложности проблемы или его эмоциональный заряд слишком велик для того, чтобы человек мог справиться с ним, он оказывается в определенном смысле “заблокированным”. Такой человек может прекрасно справляться с трудностями в иных измерениях, но в депрессиогенных обстоятельствах его частично или полностью “парализует”. Однако мы можем столкнуться и с иным типом людей: у человека возникают трудности с решением проблем вообще, т.к. он не в состоянии разбить глобальный опыт на составные части, не умеет эффективно накапливать информацию и использовать ее соответствующим образом.

Д20

Шаг за шагом

Когда клиницист пытается помочь клиенту, который не может справиться с какой-то проблемой, перед ним встают две задачи: облегчить пациенту преодоление данной трудности и научить его решать любую проблему. Вначале следует удостовериться, верно ли определе- на выбранная цель. Затем терапевт предлагает клиенту какое-нибудь повседневное действие, направленное на цель (например принятие душа) разбить на составные части (открывание крана, вхождение в душевую кабинку, ополаскивание себя водой и т.д.). В случае глобального мышления, типичного для депрессии, отсутствие умения стремиться к цели “шаг за шагом” является главным препятствием, делающим невозможным достижение успеха. Очень часто от клиентов можно услышать следующее: “Но ведь я лишь хочу быть счастливым”. Но когда я спрашиваю у пациента, что в его понимании “счастье” и откуда оно берется, в качестве ответа я получаю взгляд, в котором сквозит досада и раздражение. Этот взгляд означает следующее: “Ты в своем уме" Не понимаешь, что значит быть счастливым?” Естественно, понимаю, но этот факт ни на йоту не поможет клиенту, ставящему перед собой слишком обобщенную цель и не сумевшему еще определить последовательность шагов, ведущих к ее реализации. Внушение пациенту необходимости определить отдельные элементы привычные для него действий создает систему отношений к мышлению, направленному к цели. Клиент, располагающий различными стратегиями решения всевозможных проблем (стратегиями, базирующимися на логическом мышлении, эмоциях, мнениях профессионалов и т.д.), открывает для себя следующее: человек не всегда должен знать ответ; окажется вполне достаточным, если он будет знать, где ему следует искать нужную ему информацию или помощь.

ВЫВОДЫ

В данном разделе было описано множество концепций и стратегий прерывания устоявшихся стереотипов поведения, которые зачастую лежат в основе депрессии. Одной из главных целей терапии является развитие пациентом большей гибкости, поэтому клиницист должен неустанно доводить до сведения пациента, что изменение окажется возможным тогда, когда клиент сформирует новые типы поведения в критических ситуациях. Возможно, самым важным поводом посвящения всего вступительного этапа лечения проблеме преодоления “закостенелости” является достигаемый в

результате лечения перелом, заключающийся в разблокировке творческих способностей. Когда будут освобождены творческие возможности, изменения в сфере восприятия и эмоций произойдут сами собой.

Заключительным выводом этого раздела может стать древнее мудрое высказывание: “Дай человеку рыбу, и у него будет обед. Научи его ловить рыбу, и он получит гарантированное содержание на всю жизнь”. Раздел 8

ПОД КОНТРОЛЕМ И ВНЕ КОНТРОЛЯ

Проблема контролирования действительности уже неоднократно затрагивалась в этой книге непосредственно и косвенно, как один из наиболее важных потенциальных факторов в этиологии депрессии. Опыт автора книги показывает, что это действительно очень важная проблема, но далеко не единственная, над которой стоит задуматься. Мы стремимся сконцентрироваться на всех аспектах проблемы чувства контроля, предопределяющего жизнь страдающего депрессией человека.

ПОТРЕБНОСТЬ В ЧУВСТВЕ КОНТРОЛЯ

Наверное никого не надо убеждать в том, что каждый человек нуждается в чувстве контроля над собственной жизнью. С проявлениями этой потребности мы встречаемся на каждом шагу. Например, так высоко ценимые религиозные убеждения, ради которых люди живут и за которые умирают, представляют собой ничто иное, как попытку овладеть непостижимым (например, тайной загробной жизни или загадкой происхождения Вселенной). Религия дарит человеку иллюзию того, что он в определенной степени осуществляет контроль — эта степень определяется тем, в какой мере он придерживается божьих заповедей и чтит свое божество. Пословица “Пока гром не грянет, мужик не перекрестится” является замечательным наблюдением, подтверждающим тот факт, что когда люди утрачивают чувство контроля над событиями, они начинают молиться и приносить жертвы, в поисках кого-либо или чего-либо, что взяло бы на себя этот контроль и устранило бы опасность. Даже несчастья могут трактоваться как проявление “Божьей воли” и служить доказательством того, что существует некий “план”, и что есть некто, стоящий за этим планом. Мысль о том, что миром правит случайность, многих людей ужасает. Большинство из нас судорожно придерживаются убеждений, дающих чувство присутствия во всем смысла и помогающих удержать иллюзию контролирования действительности.

Любая система, от государства до семьи, располагает комплексом правил, предопределяющих количество и качество интерак- ций. Данный факт указывает на то, что люди осознают необходимость контролировать текущие события. На уровне личности силы, формирующие способ восприятия контроля, присутствуют и действуют неустанно с момента рождения. По причине своего интерперсонального характера, процесс социализации в главной мере обуславливает развитие чувства власти в личности (функционирующего правильно либо дисфункционального). Анализируя историю жизни людей, мы столкнемся буквально с десятками примеров ежедневно получаемых и интерпретируемых сообщений, касающихся проблемы власти. Всякий ли раз реагировали родители на плач ребенка? Позволяли ли они ему свободно познавать мир, или же они, проявляя о ребенке чрезмерную заботу, не позволяли ему в полной мере удовлетворить детскую любознательность? Кто принимал решение о том, что оденет ребенок в школу: он сам или его родители? Поощряли ли родители развитие индивидуальных способностей своего ребенка или же они по собственному усмотрению записывали его в различные кружки и секции? Были ли они последовательны в своих настроениях и реакциях, или же их поведение оказывалось для ребенка неожиданным? Воспитывался ли ребенок обоими родителями?

Ответы на каждый из этих вопросов (как, впрочем, и на большинство подобных им) сообщают нам, зависит ли реакция данного лица от окружающих, или же человек способен действовать, исходя из собственных потребностей и склонностей. И то, и другое может привести к нарушениям индивидуального ощущения власти, если из значительных интеракций с важными лицами в процессе социализации (родителями, братьями и сестрами, учителями и т. д.) были сделаны неверные выводы.

Система отношений к “индивидуальной власти” формируется потребностью в контролировании. Власть определяется как способность лица оказывать влияние. Когда человек пытается повлиять на что-либо, это означает попытку взять на себя контроль. Итак, проблемы власти и контроля тесно связаны между собой. Стремление человека к власти и контролю нельзя назвать явлением патологическим. Оно необходимо для выживания, а поэтому его следует рассматривать как основное и вечное измерение человечества. У некоторых наблюдается чрезмерное развитие этих потребностей, у других — наоборот, эти стремления слабо выражены; однако в большей или меньшей степени они присутствуют у каждого человека. Проблема появляется тогда, когда паттерны и техники достижения и использования власти оказываются неэффективными или же деструктивными. РАЗВИТИЕ НЕВЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В СФЕРЕ КОНТРОЛЯ

Поскольку мы пришли к согласию в том, что чувство контроля является основным измерением человеческой жизни, сформированным в ходе индивидуального процесса социализации, автору кажется, что будет уместно рассмотреть способы развития механизмов, представленных в депрессии. Различные психосоциальные модели этой болезни предоставляют различные точки зрения на данную проблему. Когнитивная модель внушает, что нарушенные стереотипы мышления являются заученными и возникают на базе неверного восприятия из окружения обратной информации или же по причине использования неправильных стратегии решения проблем. Интерперсональные подходы подчеркивают влияние социализации и дисфункциональных шаблонов интеракций, на неправильное развитие умения налаживать контакты. Модель "заученной беспомощности" внушает нам, что человек, переживший неприятные события, проявляет тенденцию к чрезмерному обобщению своей неспособности эффективно реагировать на жизненные эпизоды. Согласно бихевиористскому подходу, депрессивное поведение и неэффективные стереотипы решения проблем целенаправленно усиливаются окружением. Психодинамическая модель описывает шщитные механизмы, используемые с целью обращения внутрь переживаемого гнева и чувства утраты.

Вне зависимости от предпочитаемой модели, объясняющей нарушения восприятия проблемы контроля, для всякого терапевта становится очевидным, что ключевыми элементами депрессии являются: неправильное восприятие обратной информации от окружения, а также чрезмерное обобщение или же ошибочные выводы, сделанные на основе текущих событий. Более детальный анализ принципов отдельно взятых психотерапевтических моделей позволяет нам убедиться, что каждый из этих подходов — хотя и по-разному — поднимает проблему нарушений, касающихся чувства контроля. Итак, любую из названных Беком (1973, 1983) и Барнсом (1980) познавательных деформаций можно прямо или косвенно связать с проблемой контроля. Например, мышление "все или ничего" представляет собой образец чрезмерного контроля. Рассмотрим такое распространенное сегодня утверждение, как: "Больше я уже никогда не влюблюсь". Категоричность этого утверждения отражает полярность мышления (т.н. дихотомическое мышление). Бек назвал это одним из познавательных нарушений. Данная фраза указывает на то, что ее автору присуще чувство отсутствия контроля в сфере интимных отношений. Такой человек, вместо того, чтобы поставить перед собой реальные цели (формирование умения "находить" подходящего ему партнера и построение с ним прочного союза), предпочитает всех мерить одной меркой и в результате чрезмерного обобщения (очередной познавательной деформации, описанной Беком) приходит к выводу, что ни один из представителей противоположного пола не заслуживает его доверия.

Учитывая присутствующую у всех людей (в большей или меньшей степени) потребность в контролировании, можно утверждать, что компульсивные паттерны часто бывают связаны с депрессией. Любой компульсивный стереотип является попыткой победить беспокойство, страх и неуверенность — и, конечно же, депрессию — путем установления повторяющихся, и даже ритуальных действий, которые призваны стать способом, позволяющим справиться с определенными аспектами жизненного опыта.

Рассмотрим наиболее типичные черты компульсивной индивидуальности. Такой человек, как правило, большое значение придает моральности, принципам и этикету. Откуда такая сильная привязанность к принципам и оценкам? Ощущение потери контроля (а вместе с тем беспокойство, страх, неуверенность) очень сильно, если хотя бы одна деталь какого-либо опыта не учтена в личном "кодексе поведения". Эти устоявшиеся шаблоны подробно описаны в литературе, посвященной нарушениям индивидуальности, и хотя у большинства людей, страдающих депрессией, отсутствуют подобные нарушения, тенденция к компульсивному поведению наблюдается у них довольно часто. Человек, требующий и ожидающий от других определенных принципов, будет разочарован, раздосадован и озлоблен, если его ожидания не исполнятся. Сохранение верности застывшим правилам перед лицом непредвиденных и часто непростых жизненных обстоятельств влечет за собой ослабление способности к адаптации при изменении условий. Такие виды ригидности, как, впрочем, и иные, которые будут описаны ниже, содействуют возникновению и сохранению депрессивных состояний.

Правила, предопределяющие совершаемый личностью выбор, тесно связаны с рассматриваемыми в седьмом разделе системами ценностей, особенно теми, которые ограничивают способность к оптимальному реагированию в конкретной ситуации. Неправильные стереотипы, относящиеся к контролю (т.е. те, которые ослабляют способность находить оптимальный ответ в данном контексте) зачастую непреднамеренно закрепляются лицами, играющими важную роль в процессе социализации. Религиозные учения, оказывающие огромное влияние на принимаемую человеком систему ценностей и образ восприятия действительности, делают акцент на принципы типа: "Не судите, да не судимы

будете”. Склонение людей к безоговорочному одобрению каждого человека означает принятие следующего принципа: “Все в одинаковой мере заслуживает одобрения и доверия” Принимая во внимание огромное количество бандитов, убийц, грабителей и мошенников, внушение людям того, что они ни в коем случае не должны быть критичными в своих оценках, является ничем иным, как медвежьей услугой. Глубоко гуманная заповедь, без сомнения, достойна восхищения, и. тем не менее, она совершенно нереальна и потенциально вредна. Проявляемая вами любезность не всегда оказывается взаимной. Мир. конечно же, не настолько враждебен, чтобы во всех нас родилась мания преследования, однако мы должны поддерживать в себе умение критически смотреть на окружающий нас мир.

Д21

Карта самого себя

Учитывая значение ранее внушенных убеждений, касающихся вопросов контроля, власти, ответственности и иных, существенных для депрессии проблем, может оказаться весьма полезным задание, называемое составлением “карты самого себя”. Пациенту рекомендуют определить ценности, от которых зависит область доступных ему выборов. Клиент должен составить список проблем, касающихся как личной, так и общественной сфер, таких как власть, ответственность, предубеждения, смертная казнь, аборты. Чем длиннее окажется список, тем лучше. Напротив каждого пункта пациент рисует континуум, концы которого представляют противоположные точки зрения на данную проблему. Например, для позиции “потребность в контроле” можно начертить континуум, один из полюсов которого будет определен как “большая потребность в контроле”, а другой — “малая потребность в контроле”. Затем клиент должен отметить на каждой оси пункты, представляющие точки зрения важных для него лиц. Таким образом, он оказывается перед необходимостью задуматься над тем, что представляли собой взгляды людей, сыгравших большую роль в процессе его развития. В результате клиент убеждается в том, были ли эти мнения очевидными для него, пли же он с трудом их идентифицировал. И в том, и в другом случае результат оказывается интересным и полезным

Очередной этап задания заключается в следующем: клиента просят обозначить на каждом континууме пункт, отвечающий его собственному мнению. Определив таким образом свою позицию, пациент может сравнить ее с позицией людей, оказавших на него наиболее сильное влияние. Различие или согласие могут послужить богатым материалом для раздумий. Затем терапевт просит клиента представить себе поведение, соответствующее каждой из данных жизненных позиций. В заключение больной должен описать типы поведения, абсолютно не отвечающие данным взглядам. Благодаря этому упражнению пациент начинает понимать необходимость познания собственной системы ценностей и поведения, согласующегося с данной системой. Дополнительным плюсом данной стратегии является шанс избежать ситуаций, в которых клиент был бы вынужден высказаться за непринимаемые им взгляды.

На любом этапе интервенции терапевт имеет возможность идентифицировать ценности и жизненные убеждения клиента в отношении вопроса контроля и власти. Особого внимания заслуживают те ценности и взгляды, которые лишают личность веры в возможность распоряжаться своими собственными реакциями на ситуацию. (Описание данной директивы в клиническом контексте читатель найдет в “Приложении”, пример 2 и 4.)

НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВА КОНТРОЛЯ

Поскольку контролирование собственного выбора выполняет существенную функцию в жизни человека, совершенно очевидно, что нарушение этой деятельности оказывает значительное влияние на качество существования личности. Нарушения в данном измерении могу г проявляться по-разному, в виде повторяющейся тенденции к утрате контроля над ситуацией или же в склонности к чрезмерному ее контролированию.

Человек, недостаточно контролирующий ситуацию, характеризуется беспомощностью, типичной для мышления “жертвы”. Оказавшись в положении, в котором, предпринимая соответствующее действие, человек приобрел бы шанс получить позитивные результаты или избежать угрозы, он отказывается от интервенции. Развитие механизма подобного поведения прекрасно иллюстрируют эксперименты Мартина Селигмана (1973, 1974, 1983), когда в ситуации, с которой теорети- чески можно справиться, отдельные лица проявляли пассивность и беспомощность. Участники эксперимента были предоставлены воздействию негативных импульсов, не поддающихся контролю. Независимо от предпринимаемых усилий, бегство от негативных факторов было невозможным. Позже ситуация изменилась: появился шанс избежать негативного воздействия, однако испытуемые продолжали бездействовать, основываясь на ранее сформированном убеждении (уже утратившем свою актуальность), что все усилия окажутся напрасными. Селиг-ман назвал это явление “заученной

беспомощностью”.

Человек, проявляющий тенденцию к чрезмерному контролю, будет пытаться овладеть ситуацией, даже если в действительности это будет выходить из сферы его влияний. Этот тип личности характеризуется стиранием границы между надеждой и реальностью. Человек знает, чего он хочет, и пытается достичь этого, но в результате все это ведет к нарастанию стресса и депрессии, т.к. цель ускользает от человека. Поскольку он не понимает, что цели, поставленные им, нереальны, и свой неуспех он объясняет собственной бездарностью, нередко все это заканчивается для него депрессией.

Одной из описанных в четвертом разделе диагностических категорий был критерий владения ситуацией в противовес принятию позиции “жертвы”. Как правило, депрессия касается лиц, для которых характерно мышление “жертвы”, хотя с другой стороны депрессия часто “нисходит” на людей, вполне умеющих владеть ситуацией. Когда человек всегда получает желаемое, и когда он привыкает к успеху, у него может сформироваться иллюзорное убеждение, что любую проблему можно решить, и любые цели достижимы. Таким образом впадают в депрессию многие высоко компетентные, удивительные люди. Одним из примеров может стать т.н. “человек успеха”, который справляется с различными сложными задачами, но впадает в депрессию из-за ошибочного понимания критериев собственной значимости, т.к. полагает, что ценность, значимость человека зависят от его достижений (т.е. “ты лишь тогда чего-то стоишь, когда чего-то достигнешь, твое сущеегвованпе само по себе ничто”). Именно поэтому “человек успеха” после решения даже очень сложной проблемы испытывает удовлетворение на протяжении лишь нескольких минут — если вообще его испытывает. Для него важно “действие”, а не само “существование”. Такой человек в лучшем случае способен на “условное согласие”. И хотя благодаря этому он достигает высокого уровня “господства” над собственной жизнью, за все это ему приходится платить внутренней опустошенностью и депрессией. Популярная ныне книга “Синдром обманщика”, (1985), представляет один из аспектов этой проблемы. Автор книги, Клэнс подчеркивает, что большинство “людей успеха” не верят в то, что они действительно владеют ситуацией, они считают себя обманщиками, ловкими, хитрыми обманщиками. В конечном итоге они утрачивают веру в себя, их мучает беспокойство, депрессия и ощущение того, что они не заслуживают уважения и восхищения, которыми их одаривает общество.

Никто не занимает позиции исключительно “жертвы” или исключительно “господина”. Поэтому очень важно, чтобы клиницист сумел распознать и использовать в терапевтических целях ситуации, в которых пациент не знает масштабов своих возможностей поддерживать контроль. Одновременно с этим терапевт должен сориентироваться, в какой мере обобщены тенденции личности к занятию позиции “господина” или “жертвы”. Это в конечном итоге определяет характер лечения (которое может быть более или менее непосредственным) и его продолжительность.

Что касается диагностических категорий, описанных в четвертом разделе, лицо, недостаточно контролирующее ситуацию (тип “жертвы”) в общем характеризуют следующие черты: глобальное мышление, направленность на других, открытость, ориентация на людей, экстрапунитивность, нечетко определенная система ценностей, неустойчивое чувство собственной ценности, высокая реактивность, ориентация на прошлое и низкая способность к диссоциации.

Человек, характеризующийся чрезмерным контролем, т.е. пытающийся влиять на то, что находится вне сферы его влияний, проявляет склонность к чрезмерному чувству вины, самобичеванию, конкретному и линеарному мышлению, направленности на себя и ориентации на задание. Относительно вышеприведенных шаблонов, повсеместно наблюдаемых у страдающих депрессией, основой терапии является открытие и предоставление клиенту возможности использовать его комплементарные части (способности).

ТИПИЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ, КАСАЮЩИМИСЯ КОНТРОЛЯ

Вышеприведенное описание отклонений — в ту или иную сторону — в сфере чувства контроля носит общий характер. Сейчас автор представит несколько примеров, иллюстрирующих проблемы, типичные для лице нарушениями восприятия контроля. Недостаточный контроль: случай 1

Дженни, тридцатилетняя сотрудница университета, по роду своих занятий имела непосредственный контакт со студентами. Женщина решилась на терапию по причине одолевающих ее депрессивных чувств, беспокойства и низкой самооценки. Ее проблемы длились вот уже пять лет. Дженни связывала их с разводом, который все-таки произошел, несмотря на ее усилия во что бы то ни стало сохранить брак. Пациентка жаловалась на неспособность отказаться от вещей, людей, с которыми она была связана. В качестве доказательства этого она предоставила следующий факт: Дженни работала по специальности, которая ей не нравилась, в месте, где ее недооценивали; женщина также утверждала, что она не в состоянии думать о своем бывшем муже в прошедшем времени. Она ссылалась на

проблемы, связанные с ее романом с иностранцем, некоторое время обучавшимся в ее университете. Он собирался жениться в своей стране на соотечественнице, в чем открыто признался Дженни. Она же надеялась, что партнер изменит решение и останется с ней навсегда. У Дженни была возможность поменять место работы и партнера. Однако вместо того, чтобы взять верх над ситуацией, причинившей ей столько страданий, она позволяла ухудшаться делам на работе и предъявляла все новые и новые требования мужчине, который не планировал соединять с ней свою жизнь и был настроен на то, чтобы в конце концов оставить ее. Женщина приняла позицию жертвы, и в результате этого чувство, что это она сама принимает решения в своей жизни, покинуло ее. Дженни полагала, что, оставаясь на выбранных позициях и усиливая давление на партнера, она сумеет в конечном итоге достичь признания и завоевать его любовь. Это типичные ожидания жертвы, надеющейся на чудесное исцеление.

Недостаточный контроль: случай 2

Двадцатишестилетний Джим жаловался на депрессию, чрезмерное чувство вины, неудачи в отношениях с женщинами и низкую самооценку (его случай уже описывался в седьмом разделе). В своих высказываниях он переходил от полных гнева жалоб на использующее его в прошлом окружение к отчаянному самообвинению в пассивном отношении к происходящим событиям

Из беседы вытекало, что Джим был в семье единственным мужчиной (его мать, кроме единственного сына, занималась еще воспитанием двух дочерей). Пациент вспоминал события из ранней молодости, ко- гда на его вопрос, касающийся области секса мать отреагировала физической интервенцией, которая будто бы была призвана объяснить парню, как ведет себя его тело. Джим пережил стыд и чувствовал за собой некую вину, а с ходом времени он погружался во все больший конфликт, вытекающий из передаваемых ему его матерью сообщений типа двойной Связи. После упомянутого эпизода мать часто вела себя провокационно, делая сыну недвусмысленные намеки, а когда он отвечал на них, она упрекала его в бесстыдстве и неприличных мыслях. Джим многие годы провел в семинарии, готовя себя к духовному сану, но — к большому неудовольствию своей матери — он бросил учебу, что еще более усилило в нем чувство вины. Джим обратился к терапевту, желая освободиться от переживаемой им злости и приобрести большую уверенность в себе. Он надеялся, что это поможет ему в налаживании надлежащих связей с женщинами, т.к. полагал, что в тех немногочисленных связях, которые он уже успел пережить, его использовали: партнерши обманывали его, выманивали деньги.

Было очевидно, что Джим воспринимает себя как жертву. Он чувствовал, как на его шее затягивалась петля; от матери он получал сообщения типа двойной связи, женщины использовали его, и, в общем-то, он чувствовал, что не может контролировать собственную жизнь и чувства. Позиция “нельзя никому верить” означает существование, ограниченное лишь одним измерением, исключающее интимную связь с другим человеком. Джим не чувствовал себя способным в какой бы то ни было мере контролировать свои отношения с окружением; он также был не в состоянии правильно оценивать обязанности других людей. Он “терялся” в женщинах, воспринимая их глобально и совершенно некритично — а в результате часто бывал обиженным. Нетрудно догадаться, что у Джима — тип жертвы — была очень низкая самооценка. Ему недоставало понимания мотиваций окружающих и стилей решения жизненных проблем, именно потому его так легко было использовать.

Чрезмерный контроль: случай 1

Крис, 45-летний мужчина, обратился к терапевту по поводу депрессии, неконтролируемых всплесков злобы и беспокойства о будущем. Он был ученым, работал в государственном учреждении на протяжении более двадцати лет. Среди начальства и коллег он завоевал репутацию человека, одаренного необыкновенной способностью решать проблемы. Его ощущение собственной значимости исходило главным образом из того, что над проектом, с которым никто не мог справиться, он сумел проработать до тех поор, пока а

v v ,, v ч не был получен результат, удовлетворяю-

щий начальство. Не т^ак давкг, с -

^^ но ему было поручено чрезвычайно сложное задание, и Крис приня_лся заРг.

r r "его реализацию, хотя и не располагал доста-

точным количеством сг>аботни,, г

1 ^'миков, а на выполнение задания было отведено определенно мало времен” п ,,

г v 'tun Ситуация переросла его возможности. Им

овладело чувство неуд-овлетиг,,, ^

^^~~ "бренности, а затем и депрессия. Он прекратил контактировать с j—иодьми

t мини не мог сконцентрироваться и начал столь
негативно оценивать сэргани^ г-
¦у '"и^ацию своего отдела, что потребовал реструктуризации для улу1 1шенцЯа *,
,г tJ Jr j j - пня его деятельности. Мнение Криса проигнорировали; скорее всего сотт
11 > г ' и|Р}дники ученого воспринимали его выпады
как проявления време иной и,
к Раздражительности и неудовлетворенности,
которые будет лучше простп п
г н'° переждать. По мере того, как очередные
попытки обрести поддержку Наталкивались на безразличие, у Криса рос-ло чувство одиночества и
ipn^ г> лг
J 4СГ1рессии. Репутация Криса опиралась на со-
творенном им самим видении к ^
' _ "пни себя как "чудотворца", Супермена техно-
логий. Его амбиции и чувств^ г г "
3 'w> долга, без сомнения, были достойны восхищения, но, к сожалению пи
г
¦ ин не смог распознать границ собственных возможностей. Он про должал г
i ." "ад возлагать на себя всю ответственность за задание, выполнение которогп, ¦
л
„ ^ ри|° зависело от факторов, лежащих вне сферы
его влиянии. Он пытал ся копт*
"мгролировать систему, хотя являлся лишь ее частью — и его посетило бл,, г
" иилезненное, но неизбежное разочарование. Только когда он уяснил для РоС-
j "л шп Се^я свои ограничения и научился отказываться от предприятии не зап.,
,г
р ' ' адвИсящих лишь от него, Крис понял, что, не-
смотря на свое образование и
v t ¦" 'к и интеллигентность он не может достичь
всего, чего пожелает.
интеллигентность, он не может достичь

Чрезмерный контроль: случай 2

Сорокалетний Уопен ,^
i j ijch обратился за помощью к терапевту вскоре
после неудачной попытки сам^ с - „
3 "моубииства, заключавшейся в передозиров-
ке успокоительных средств %" г
j t- м . jro событие имело место непосредственно
после того, как его постигло ~ т i
,. ^1И|ло серьезное разочарование. На протяжении двадцати лет он работал инжеНером в ИЗВестной фирме. Все эти годы он успешно продвигался по слуисе6ной лестнице, однако у него складывалось впечатление, что этот поДъем происходит слишком ме/и1енно. Ему казалось, что фирма недооцеНивает ег0 благороднЬ1х стремлений, твор-ческого подхода к работе и лпо <-\ л
г
г "а лояльности. Однако Уорен надеялся, что, если он и в дальнейшем будет nR^ с
3 иразцовым работником, его усилия в конце концов будут вознаграждены г\
<z
J J r ¦ ^->н даже получил диплом в области психо-
логического консультирования
j у пи^ увенчавший его многолетний интерес к поведению человека. Он надеялся, что повышение квалификации обеспечит ему повышение по должности — и действительно, он получал определенные обнадеживающие намеки. Когда же компания взяла на эту должность кого-то со стороны, отчаяние Уорена было столь глубоким, что он пытался свести счеты с жизнью. Я встретился с ним спустя несколько дней, он был угнетен, с трудом сдерживал слезы, Уорен упрекал себя в эгоизме, который довел его до того, что он забыл о своих обязанностях в отношении семьи и хотел умереть. Было очевидно, что у Уорена чрезмерное чувство ответственности, и что он убежден в том, что может

решительным образом повлиять на восприятие его окружением и заставить людей видеть в нем незаменимого работника, образцового отца, хорошего мужа и т.д. Предпринятая им попытка подчинить себе систему закончилась поражением. Уорен предполагал, что благородные стремления должны быть вознаграждены, лояльность оценена по достоинству, а творческий подход должен получить признание. Он был сильно удивлен, когда в ходе первой беседы я у него спросил: "С чего ты это взял? Разве когда-нибудь случалось, чтобы твоя фирма награждала подобное поведение?" Уорен полагал, что его начальство руководствуется той же системой ценностей, что и он; пациент не смог перенести того, что реакция его руководства оказалась отличной от его ожиданий. Если бы Уорен принял их правила игры, он бы без труда понял, что то, как его воспринимают окружающие, находится вне его контроля. И тогда он мог бы направить свою творческую энергию в иное русло, где она была бы по достоинству оценена.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Учитывая связь между депрессией и нарушенным восприятием проблемы контроля, терапия должна прежде всего помочь клиенту развить умение распознавать нарушения собственной перцепции, а также идентифицировать действия, направленные на обретение соответствующей перспективы.

Д22

Каков уровень контроля?

Отправной точкой для облегчения клиенту определения качества и пределов нарушенного чувства контроля является структуриро- ванное упражнение под названием: "Каков уровень контроля?" Пациент составляет список привычных для него действий и событий повседневной жизни (например таких как споры с друзьями о политике, беседа с шефом на профессиональные темы, поучение детей и т.д.). Пациент по мере возможностей старается определить цель каждого действия или события. Затем он сам, используя десятибалльную шкалу, определяет, в какой мере он контролировал ход и результат действия. После чего клиенту необходимо выяснить, что было положено в основу определения степени контроля над данной ситуацией. Терапевт должен обратить внимание на то, возникали ли у клиента трудности с распознаванием целей и механизмов контроля, а также отметить, насколько сильно у клиента чувство контроля в различных ситуациях повседневной жизни. (См. случай 2 в "Приложении".)

СТРАТЕГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СЛУЧАЯХ С КЛИЕНТАМИ, НЕДОСТАТОЧНО КОНТРОЛИРУЮЩИМИ СИТУАЦИЮ

В случае с клиентом, воспринимающим себя как жертву обстоятельств, которые в действительности создают возможность активно действовать, самой важной целью становится донесение до клиента факта, что его ситуация не является безвыходной и что он может — и даже должен — предпринять усилия, чтобы изменить положение в лучшую сторону. Если же клиент не в состоянии изменить обстоятельства, терапевтическая цель должна заключаться в модификации способа реагирования на ситуацию. В любом случае предполагается, что пациент способен обрести больший контроль над событиями. Модель "заученной беспомощности" в отношении лиц, занимающих позицию жертвы, предлагает использовать стратегию постепенного формирования поведения. С целью повышения мотивации клиента и открытия ему факта существования множества выборов, которыми он в действительности располагает, можно прибегнуть к гипнотическим сеансам.

Д23

Реальный шанс успеха

Для того, чтобы направить энергию клиента на конструктивное действие, убеждая его в том, что существует "реальный шанс успеха", терапевт может использовать гипноз, обращаясь как к непосредственному внушению, так и к метафорам. Например:

"Я знал одну женщину... Она, как и ты, воспитывалась в окружении, которое было совершенно непредсказуемым... непредсказуемой была погода... настроение ее отца... друзья... она научилась ждать прояснения ситуации... прежде чем она начнет вглядываться внутрь самой себя... чтобы отыскать там свои чувства, потребности, желания... она часто хотела куда-нибудь уехать, но не могла: она должна была ждать прояснения ситуации... и так, ожидая, она упустила множество возможностей, позволивших бы ей * идти вперед v действовать в собственных интересах... а как отреагировало бы ни это ее окружение?.. Интересно, смогли бы они приспособиться к ней так, как она приспосабливалась к ним, а может, ты пожелала бы подумать над тем, чего ты в действительности хочешь... и что значат для тебя твои потребности... а также что ты можешь сделать, чтобы их удовлетворить... очень важно, чтобы ты стремилась использовать любую возможность... испытать множество новых впечатлений... которые в один прекрасный день... откроются перед тобой..."

Д24

Заученная беспомощность

Полезной терапевтической метафорой, которую можно “подсунуть” клиенту в ходе транса, может стать описание лабораторных •экспериментов Селигмана, которые сделали для него возможной разработку модели “заученной беспомощности” (1973, 1974, 1975, 1983). Он исследовал поведение подопытных животных, подвергаемых действию негативных факторов, над которыми у них полностью отсутствовал контроль:

“В свое время проводился эксперимент, о котором мне хочется тебе рассказать, это будет весьма поучительно... я задумываюсь над тем, в какой степени изменится твой собственный образ восприятия жизни, когда ты все это обдумаешь... в эксперименте участвовав две группы собак... животных из первой группы связали и подвесили в воздухе, лишив их возможности двигаться... остальные были свободны и могли убежать... связанные собаки подверглись воздействию электрического тока — они не могли избежать оче- редного удара, да к. были связаны. . остальные dice животные носче воздействия на них электрическим ударом могли убежать... j/m; бы ю естественной реакцией на боль... когда же первую группу собак развязали и вновь подвергли действию тока, они и не пытались убегать, хотя теперь у них и была такая возможность., первый опыт внушил им, что они ничего не могут сделать .. хотя в действительности все обстояло иначе... потому что “тогда” — мпо не “сейчас”... и то, что было истинным когда-то, вовсе не обязано подтверждаться в данный момент... но ты даже не узнаешь об этом до тех пор, пока не попробуешь .. отдаешь ли ты себе отчет в том, что депрессия не позволяет заметить, что путы исчезли и что ты способен на нечто гораздо бочьшее, нежели предполагаешь. . однажды тебе предстоит открыть для себя, что твоя .жизнь — в твоих руках, и ты можешь эффективно справляться со всем тем, что она тебе преподносит . ”

Подобные метафоры помогают клиенту понять, что увеличение контроля вполне возможно. Однако для достижения перелома в лечении и для начала процесса изменений весьма полезно проектировать такие задания, которые клиент сможет выполнить. Существует большая вероятность того, что выполнение клиентом таких заданий склонит его к обобщению и признанию себя способным достичь поставленных целей. Когда клиент начинает постепенно убеждаться в том, что активное стремление к цели может оказаться эффективным, одновременно с этим он открывает для себя, что такой подход приносит не только облегчение, он дает чувство контроля и ощущение уверенности в себе. Терапевт должен поддерживать клиента, и, кроме того, не переставать отмечать, что некоторые аспекты жизни, которые до сих пор воспринимались как остающиеся вне сферы контроля, в действительности можно контролировать. Такая проработка новоприобретенного опыта создает возможность его интернализации. По мере расширения сознания пациента следует обратить особое внимание на развитие в нем умения различать ситуации, находящиеся в границах нашего непосредственного влияния, и ситуации, находящиеся за пределами нашего влияния.

Д25

Лекарство: депрессия

“Лекарство: депрессия” — это парадоксальная стратегия, к которой обращаются многие авторы. (Хейли, 1973; Вацлавик, 1978; Зейг, 1980). J

Терапевт велит пациенту установить график погружения в депрессию, что призвано донести до него “целенаправленную природу” этого заболевания. Стратегии, использующие симптомы болезни, предполагают, что клиент должен умышленно вызвать патологический стереотип, который ранее появлялся без его воли. Приказывая пациенту создать такой симптом, клиницист тем самым изменяет первичный стереотип, перемещая депрессию из интераперсонального контекста в интерперсональный, существующий между терапевтом и его подопечным. Во-вторых, клиент открывает для себя, что ему вовсе не обязательно быть беспомощной жертвой депрессии: он в определенной степени может держать под контролем то, где и когда проявится эпизод болезни. В-третьих, вызов такого эпизода изменяет восприятие и чувства больного в отношении депрессии, т.к. попытка умышленного провоцирования симптомов способствует определению других ассоциаций в отношении уже знакомых эмоций, и благодаря этому болезнь становится менее гнетущей.

Д26

Лекарство: депрессиогенные стереотипы

Терапевт может использовать стратегии, использующие симптомы болезни по отношению к

иным, более специфическим измерениям депрессиогенных шаблонов, проявляющихся у клиента. Данная стратегия заключается в следующем: терапевт дает пациенту поручения: “думай негативно”, “охай и жалуйся”, “будь пассивным” и т.д. Такие неестественные требования оказываются весьма полезными, т.к. они провоцируют клиента на резкое сопротивление проявлениям, связанным с депрессией.

Д27

Нелегкая попытка

“Нелегкая попытка” (Хейли, 1984) является вариантом стратегии, использующей симптомы болезни. Терапевт создает сценарий, который уже рассчитан на то, что клиент должен вызвать у себя проявления депрессии в наиболее неблагоприятный момент. Приказ сотворить депрессию сам по себе представляет терапевтическую ценность. Дополнение приказа дополнительным условием: “Пребывай в депрессии с 2.30 до 3 45, находясь при этом в дальнем углу гаража и чистя при этом ботинки” может спровоцировать пациента на сопротивление и на преодоление собственной пассивности. Умело направленный клиент в результате научится противостоять депрессии, а значит, он уже не будет безвольной жертвой и сможет в определенной степени контролировать свои жизненный опыт.

Д28

Необоснованная беспомощность

Ценность этой стратегии заключается прежде всего в том, что благодаря ей клиент понимает, насколько необосновано его чувство беспомощности. Пациенту можно предложить, например, следующее: останавливать прохожих и спрашивать у них, как пройти к месту, расположение которого ему в действительности известно. Если человек вынужден выслушивать чьи-то указания, в то время как сам прекрасно знает дорогу, в нем рождается глубокое убеждение: “Я знаю, куда мне следует идти, и я не нуждаюсь ни в чьих советах”. Такой опыт укрепляет ощущение собственной силы и автономии: к нему можно неоднократно возвращаться в ходе дальнейшей терапии.

Д29

Спроси у других

Клиент получает поручение “спросить у других”, как выполнить определенное действие, способ выполнения которого ему самому хорошо известен. Укрепление веры в собственные силы и способности является полезным источником, который можно использовать в процессе лечения.

дзо

Пассивное ожидание

Очередная стратегия, предназначенная для клиентов, недостаточно контролирующих ситуацию, заключается в следующем: больному поручается “пассивно ждать”, когда другие сделают за него определенные вещи. Например, женщине, отличающейся значительной пассивностью, терапевт посоветовал ждать, чтобы кто-нибудь открыл ей двери — даже двери ее собственного дома, хотя она и жила одна. Больная должна была всякий раз ожидать в течение двух минут; и только две минуты спустя — если ее никто не выручит — ей разрешалось самой открыть двери. Ее реакция на выстаивание перед закрытыми дверьми с каждым днем усиливалась; не прошло и недели, как она поняла, что выполнение порученного ей задания стало сильно ее раздражать. Она четко уяснила себе, в какой мере пассивность ограничивала ее жизнь, и одновременно с этим в ней укрепилась ассоциация пассивности с чувством раздражения. Расширение сознания предопределило успех последующих сеансов, в ходе которых терапевт делал упор на необходимость обретения больной большего контроля над происходящими событиями. В данном случае катализатором процесса изменений стала фрустрация, вытекающая из ожидания чужой активности.

Наиболее часто встречающейся причиной отсутствия контроля или же беспомощности, характеризующих реакции клиента, является испытываемая им амбивалентность. Автор воспринимает амбивалентность как прямое следствие недостаточного владения тем, что в принципе лежит в сфере влияния данного человека. Следует выяснить, действительно ли чувство клиента амбивалентно т.е. действительно ли оба рассматриваемых пациентом выхода из сложной ситуации имеют для него одинаковую ценность? Опыт автора показывает, что, как правило, пациент — более или менее осознанно — знает, чего хочет, однако чувствует, что у него нет сил, или же права, стремиться к этому. Часто бывает, что клиент, испытывающий сильное чувство амбивалентности, ожидает от терапевта помощи в принятии решения, надеясь тем самым получить оправдание своим стремлениям. Эту ситуацию иллюстрирует случай с мужчиной, который не мог решить дилемму, касающуюся его брака В ходе беседы он признался что его с женой уже ничего не связывает, что уже на протяжении нескольких лет у него длится роман с другой женщиной, которая ему далеко не безразлична. Однако поскольку брак

и семья представляли для него большую ценность, он даже не допускал возможности оставить жену, с которой прожил двадцать два года, и двоих детей — семнадцати и девятнадцати лет. По существу, депрессия, вытекающая из его амбивалентности, являлась следствием его внутреннего конфликта: мужчина знал, чего хочет, но ему недоставало “удовлетворительного” оправдания. Что является “удовлетворительным” оправданием развода? Д31

Склонение к худшему выбору

Данная стратегия, предложенная Милтоном Эриксоном, эффективно приводит в действие заторможенный процесс принятия решений. Пациента склоняют к выбору наименее устраивающих его возможностей. Таким образом клиент познает негативные ощущения, связанные с этим решением, и одновременно с этим “открывает” лучший для себя выбор. Пациент, о котором шла речь выше, не согласился участвовать в терапии супружеских пар, он выбрал индивидуальную терапию. Клиницист настойчиво склонял его попытаться воскресить в себе любовь и привязанность к жене, всеми силами старался сохранить этот брак. Чем дольше терапевт убеждал его бросить любимую женщину и попытаться спасти брак, который уже утратил последний шанс сохраниться, тем более он укреплял в пациенте уверенность в необходимости перестать обманывать самого себя и потребовать развода. Естественно, эту стратегию можно применить лишь при условии, что терапевт полностью уверен в том, что его клиент, несмотря на видимую амбивалентность, в действительности знает, чего хочет. В противном случае существует опасность, что терапевт подтолкнет слепо доверяющего ему клиента на неверный путь. Помимо этого, терапевт должен быть уверен, что на его внушение, касающееся худшего выбора, клиент отреагирует сопротивлением, в противном случае стратегия может принести больше вреда, нежели пользы.

Д32

Теряет тот, кто колеблется

Одна из стратегий, призванных облегчить клиенту принятие решений и освободить его от амбивалентных чувств, заключается в использовании метафоры, иллюстрирующей прописную истину: “Теряет тот, кто колеблется”. Она призвана склонить к принятию решения о начале определенных действий, прежде чем ход событий предопределят внешние обстоятельства. Ниже приводится пример такой метафоры:

“Мой приятель недавно пережил нечто весьма поучительное... во всех смыслах. Он хотел найти для себя но- вую работу... более прибыльную и перспективную. Он решился... и подал заявление на работу, которая потребовала бы от него переезда в другой город... Приятель был очень заинтересован в новом рабочем месте... однако он все еще не мог принять окончательного решения... Вскоре ему позвонили и сообщили, что новая должность ждет его... он же попросил дать ему неделю на раздумья... его просьбу удовлетворили... всю неделю он боролся с мыслями... и когда спустя семь дней ему вновь позвонили... он попросил дать ему еще три дня... на что также получил согласие... и когда спустя три дня ему вновь позвонили, он попросил дать ему еще один день для раздумий... и вновь ему пошли навстречу... когда на следующий день зазвонил телефон, мой приятель спросил, можно ли ему еще подумать до обеда... на что ему ответили, что его место получит человек, проявивший больше энтузиазма в отношении работы... мой приятель пребывал в угнетенном состоянии, он хотел получить эту должность, однако он сам разжигал в себе сомнения... пересматривая каждую детачь... и все это вместо того, чтобы просто принять решение и жить сегодняшним днем... потому что временами ситуация требует быстрой реакции... в противном случае шанс будет упущен...”

Любая стратегия, избавляющая страдающего депрессией человека от парализующих его сомнений, дает возможность осознать, что он сам способен принимать решения, приносящие ему ощутимую выгоду. Вышеприведенная метафора описывала человека, упускающего шанс провести позитивные изменения в своей жизни не по причине собственной некомпетентности, а из-за обессиливающих его амбивалентных чувств. Сообщение касается также глобального образа мышления, т.е. тенденции к анализированию всего сразу. Благодаря нему клиент подходит к выводу, что. вместо того, чтобы беспокоиться о негативных последствиях изменений, ему скорее следует подумать о том, что он может потерять, если еще немного промедлит.

Выше приводились различные стратегии, призванные донести до клиента, что решение начать действовать ради улучшения собственной ситуации имеет фундаментальное значение для положительного исхода лечения. Если пациент до такой степени склонен принимать позицию жертвы, что все это в конечном итоге заканчивается депрессией, целью терапевтического процесса должно стать облегчение клиенту понимания того, что это его собственный разум создает иллюзию беспомощности. Терапевт информирует клиента о том, что, вместо того, чтобы заранее быть уверенным в

бессмысленности любых усилий, стоит поискать какой-нибудь объективный довод, свидетельствующий о правоте Подобных подозрений. К этому вопросу мы еще вернемся в следующем разделе.

СТРАТЕГИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СЛУЧАЕ С КЛИЕНТАМИ, ОТЛИЧАЮЩИМИСЯ ЧРЕЗМЕРНЫМ КОНТРОЛИРОВАНИЕМ СИТУ4ЦИИ

Иной формой нарушений чувства контроля являются наблюдаемые у многих больных, страдающих депрессией, попытки обрести контроле над событиями (такими как реакции окружающих, внешние факторы) которые находятся вне сферы влияний клиента, однако последний Не отдает себе в этом отчета. Во многих случаях депрессия появляется тогда, когда пациент открывает, что он не владеет каким-либо важным для него делом. Когда человек сильно увлечен реализацией какого-то намеченного шага, он, как правило, утрачивает способность чеТКОГо определения того, в какой мере данная цель реальна, и не може г предпринять соответствующих действий, направленных на ее достижение. Лицо, преувеличивающее свою способность контролировать ситуацию, обречено не неизбежное разочарование, поскольку рано или пОЗдНО понимает, что внешние обстоятельства могут разрушить любой п.пан.

Когда человек стремится к важным для него целям, определенная сТепень эмоционального вовлечения, несомненно, необходима. Однако ftpn этом следует уважительно отнестись и к позициям других людей, Принять но внимание специфические ситуации и иные факторы, которые могут повлиять на результат наших стараний.

Методичный анализ этих факторов позволит определить, какие из них Находятся в сфере непосредственного контроля, а какие невозможно с;ебе подчинить. Люди, чрезмерно контролирующие ситуацию, концентрируется скорее на своих внутренних желаниях и стремлениях вместо т^ого, чтобы обратить внимание на внешние обстоятельства, обуславливающие достижение цели. Личность, поглощенная самореализацией в 'профессиональной области и не замечающая, что ее действия пробуждают у руководства фирмы мизерный интерес, переживет сильное болезненное потрясение, как только обнаружится правда. дзз

Господин Петер

Выявление в пациенте механизма чрезмерного контроля, позволяет оставить за ним контроль, которым он уже обладает, и одновременно и этим создает основы для построения защитной системы, не позволяющей клиенту совершать обременительные попытки повлиять на ситуацию, которую невозможно подчинить собственным интересам. В первую очередь клиент осваивается с идеей отказа от упорного стремления к цели, достижения которой не зависит от него. Затем он осознает необходимость овладеть способностью объективно оценивать факторы, оказывающие влияние на результаты его деятельности. Относительно безопасным способом передачи клиенту такого сообщения является следующая метафора:

“Иногда отсутствует четкая граница между фантазией и действительностью... то, что одному покажется абсурдом, для кого-то другого может быть реальным... вот история, которую тебе наверняка доводилось слышать, и не раз... но возможно, ты слышал ее не тогда, когда действительно нуждался в ней... сейчас ты можешь извлечь из нее определенные выводы... естественно, ты можешь убе-ж-дать себя, что это всего-навсего сказка... но в глубине души ты будешь знать, что она затрагивает очень важные проблемы... над которыми ты должен поразмышлять... это история об одном парне... который не хотел взрослеть... так, словно этот процесс зависит от нашей воли... Господин Петер никогда не хотел изменяться, он желал жить в Какбудтобыландии вместе с потерянными детьми., эта история может тебя многому научить... — чувствам.. природе неизвестного... свободе... ответственности, потому что никто не может не изменяться., время идет... люди взрослеют... меняются... человек, пытающийся остановить время, обречен на неудачу... ход времени невозможно контролировать... усилия наподобие тех, что предпринимал Господин Петер... пытаясь сохранить для себя все привилегии молодости... приносят лишь страдания... Каждый должен подумать о собственных желаниях... о том, что является фантазией, а что действительностью... человеку необходимо почувствовать, что он может контролировать действительность... но он не должен владеть тем, что является пустыми мечтаниями. . прежде всего следует научиться отличать реальность от фантазии... а научиться этому можно, использовав такую простую . и такую сюжную историю, которой является рассказ о Господине Петере...”

Поведенческие директивы позволяют клиенту понять ограничения собственной системы убеждений, открывая перед ним возможность иных способов действия. Если пациент выражает убеждение: “Ты должен суметь проконтролировать это” в отношении чего-то, что терапевт не считает возможным контролировать по объективным причинам, рекомендуется применить приведенные ниже директивы. А до этого можно провести рациональную дискуссию, касающуюся проблемы контроля и

нарушений восприятия, проявляющихся у пациента. Использование директив, относящихся к поведению, облегчает интеграцию приобретенного опыта на более глубоком уровне, благодаря формированию новых ассоциаций в контексте “реальной жизни”.

Д34

Влияй на то, чего ты не можешь контролировать

Директиву, приказывающую попытаться “влиять на то, чего ты не можешь контролировать”, следует понимать дословно. Вначале клиент составляет список явлений, которые он оценивает как остающиеся за пределами его влияния. Это может быть погода, исход матча, влияние времени и т.д. Затем терапевт требует от клиента ежедневно (либо в ходе сеанса) уделять немного времени попытке контролировать перечисленные явления. Пациента призывают использовать для этого все средства, которые только придут ему в голову, включая такие, как мольба, угрозы либо иные обычно применяемые клиентом стратегии. Он должен вести себя так, словно такие методы действительно могут оказаться эффективными. Данное упражнение у многих клиентов освободило приглушенные чувства неприязни, раздражения и злобы, благодаря чему эти эмоции могли быть переработаны с помощью терапевта. Другим директива подарила возможность взглянуть со стороны на бесполезность попыток контролировать ситуацию, которая в действительности выходит за границы их влияния, одновременно с этим клиенты осознали необходимость оценить эффективность используемых ими тактик. (Эта директива присутствует в случаях 2 и 4 в “Приложении”). Д35

Умелая манипуляция

Ожидания и цели, и даже конкретные стремления клиента часто остаются вне его сознания. Он не отдает себе отчета в том, что для достижения своей цели, он применяет по отношению к другим людям различного рода манипуляции. Когда попытки манипулировать людьми начинают доминировать в поведении клиента и в его отношениях с окружающими, ему можно предложить внимательное наблюдение за различными техниками “умелой манипуляции”, применяемой лицами, стремящимися повлиять на мысли, чувства и поведение других. Клиент, к примеру, может получить следующее поручение: внимательно смотреть телевизионную рекламу, стараясь идентифицировать такие стратегии, служащие эффективному продвижению продаж определенных вещей, как — скажем — использование сексуального подтекста. Когда пациент может идентифицировать определенные манипуляционные тактики, клиницист склоняет его присмотреться к аналогичным стратегиям, используемым самим клиентом. Несколько модифицируя данную директиву, автор часто рекомендовал внимательно наблюдать за выступающими по телевидению проповедниками Слова Божьего, чтобы определить техники, применяемые представителями духовенства. Постоянно повторяющиеся категорические утверждения, провозглашающие “праведный” образ жизни и “праведную” веру, играют на чувствах страха и вины слушателей. Приняв во внимание число людей, поддающихся манипуляции, эти методы остаются весьма эффективными. Благодаря активному и критичному наблюдению за применяемыми проповедниками тактиками негативном манипуляции, клиент может провести экстернализацию собственных, подобных шаблонов поведения (т. е. увидеть их как бы со стороны) и таким образом освободиться от них. (Данную директиву в клиническом контексте иллюстрирует случай 4 в “Приложении”).

Д36

Крестовый поход

Чтобы клиент мог лучше понять свою проблему, терапевт может посоветовать создать проблему, совершенно безразличную ему, после чего организовать “крестовый поход” в защиту этой проблемы или же против нее. То есть необходимо, чтобы клиент занял какую-нибудь позицию, а затем постарался склонить к ее принятию окружающих. Поскольку дело, ради которого и был затеян “крестовый поход”, не существенно для пациента, его особенно не волнует результат его усилий, направленных на расширение рядов приверженцев этой идеи. Таким образом, клиент располагает безопасным контекстом, в котором он может испытывать различные реакции на данную идею, а также убедиться в том, как нелегко бывает получить от некоторых людей поддержку в каком-нибудь деле. Когда пациент обогатит себя подобным опытом при относительно безопасных обстоятельствах, он без труда уяснит себе, что попытка взягь под контроль чужие чувства или действия неукоснительно ведет к принятию вовлеченной позиции. Дополнительный вопрос: “Насколько труднее тебе было бы справиться с реакциями окружающих, если бы для тебя действительно было важно убедить их?” поможет клиенту понять то, что человек особенно восприимчив к ударам, когда он действительно заинтересован в данном деле, и когда он ищет поддержку у неподходящих для этого людей. (См. случай 4 в “Приложении”).

ВЫВОДЫ

Каждая из описанных и данном разделе стратегий оказывает клиенту помощь в эмпирическом познании определенного опыта, который может стать основой нового понимания, охватывающего проблему чрезмерно или недостаточно развитого чувства контроля. Когда пациент способен нарушить собственные автоматические предположения относительно того, находится ли определенная вещь в сфере его влияний, или нет, он получает возможность более адекватно оценить внешние условия. В результате этого пациент предпринимает попытку овладеть ситуацией или же отказывается от такой попытки. Вполне естественно, что даже тогда, когда клиент научится всякий раз задавать себе вопрос: “Зависит ли достижение этой цели непосредственно от меня?”, иногда ответом будет фраза: “Не знаю”. Когда пациент точно знает, владеет ли он данной ситуацией или нет, ему будет гораздо проще принимать решение относительно дальнейших шагов. Если же вопрос контроля не выяснен до конца, человеку необходимо решить следующие проблемы: как выявить требования, выдвигаемые данной ситуацией, какие решения приходят в голову сами собой (если они вообще появляются) и — что самое главное — что представляет компетентный источник информации, необходимой для генерирования дальнейших, лучших решений? Раздел 9

ГРАНИЦЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Любая модель депрессии, предлагающая конкретные терапевтические действия, может акцентировать внимание на явлениях, происходящих на интраперсональном уровне, или же наоборот, выделять то, что происходит на интерперсональном уровне. Всякий патологический стереотип — как уже отмечалось в третьем разделе характеризует огромное разнообразие измерений опыта. Поэтому некоторые измерения данной проблемы наиболее интенсивно переживаются на интраперсональном уровне, в то время как иные — на интерперсональном. В данном разделе будут рассмотрены многие типичные для депрессии интраперсональные стереотипы, представленные в деструктивных типах поведения людей, страдающих депрессией. В рассуждениях на тему данных депрессиогенных измерений опыта предполагается, что проявляющиеся у пациента механизмы являются застывшими, дисфункциональными способами решения проблем, связанных с чувством контроля. О необходимости применения интервенции к системе ценностей, связанной с этими нарушенными стереотипами, а особенно о необходимости учесть проблему чувства контроля уже шла речь в предыдущих разделах.

Стоит еще раз подчеркнуть, что проблема контроля имеет принципиальное значение для структуры индивидуальности человека. Поэтому нарушения, связанные с чувством контроля, неизбежно влекут за собой нарушения в иных важных измерениях опыта.

То, каким образом человек распознает и использует различные измерения личной индивидуальности, является одним из главных факторов, предопределяющих его функционирование. Эти измерения охватывают принятую человеком систему ценностей, диапазон чувства власти, степень чувства ответственности за переживаемые события, а также сферу ожиданий, личных потребностей и мотиваций. Если личность не справляется с этими сферами индивидуальности, все они могут оказать весьма негативное влияние на ее самочувствие. Эти проблемы автор уже затрагивал в предыдущих разделах, сейчас же они будут представлены в контексте стратегий интервенции. В общем цели терапевтических действий остаются те же: определение, какой конкретный стереотип (стереотипы), в каком конкретном измерении (из- мерениях) опыта является наиболее депрессиогенным и предложение клиенту структурированных упражнений (ситуаций), которые ликвидируют нарушенные шаблоны, и одновременно с этим подготовят почву для развития новых, хорошо функционирующих механизмов.

Одним из важных факторов, участвующих в возникновении и поддержании депрессии, является нарушенное чувство ответственности. Этой проблеме полностью посвящен данный раздел.

НАРУШЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ЧУВСТВА ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Типичные для депрессии нарушения, связанные с чувством ответственности, могут проявляться в различных формах. Они заключаются в более или менее выраженной тенденции к взятию на себя слишком малой либо слишком большой ответственности за текущие события.

Чувство ответственности данного человека является производной его чувства контроля. Если человек убежден в том, что ситуация находится у него под контролем, он — возможно, и не отдавая себе в этом отчета — верит в то, что может повлиять на ее итог. Тем самым такой человек берет на себя ответственность за развитие событий. В то время как человек, у которого отсутствует контроль над собственным опытом, не чувствует себя ответственным за ход событий.

У больных депрессией нарушенное чувство ответственности может проявляться в различных формах, в зависимости от того, в чем они видят причины своих успехов или неудач. Человек, склонный перекладывать ответственность за все, что с ним происходит, на окружающих, воспринимает себя как безвольную жертву чужого выбора. Иначе обстоит дело с интрапунитивным типом: такая личность в

негативном развитии ситуации обвиняет лишь себя. Отношение человека к проблеме ответственности непосредственно связано с его чувством вины, характером отношений с окружающими, осознанием собственной компетенции и самоуважением. Для природы человека характерен поиск факторов, отвечающих за ход событий, поиск причин происходящих событий, неустанное вопрошание: “Почему произошло так, а не иначе?” Потребность в понимании и объяснении является совершенно обычным явлением; большинство догматических взглядов на тему происхождения космоса или человеческого интеллекта является ничем иным, как попыткой назвать причины, в которые можно бы поверить. При поиске причинного фактора некоторые люди проявляют тенден- цип к концентрации исключительно на внутренней сфере, в то время как другие надеются отыскать его вовне. Поскольку и та, и другая тенденции ограничивают поле зрения, они могут иметь негативные последствия и даже привести к депрессии.

Для больных депрессией терапевтическая интервенция должна быть прежде всего ориентирована на проблемы, связанные с чувством вины и ответственности за собственное положение. Разнообразные стратегии, которые будут приведены ниже, призваны облегчить клиенту понимание того, за какие ситуации он действительно несет ответственность, а за какие — нет. Тем самым они призваны помочь понять, кому следует приписывать заслугу за благоприятный исход событий или же на чей счет списать вину за жизненный неуспех. Благодаря этому клиент может уменьшить или исключить чрезмерное либо неадекватное чувство вины, улучшить отношения с окружением и отношение к самому себе — и таким образом победить депрессию.

СТРАТЕГИИ, РАЗРУШАЮЩИЕ СТЕРЕОТИПЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Одним из проявлений нарушенного чувства ответственности является отсутствие ассертивности (уверенности в себе и настойчивости) в сфере чувств и желаний. Больной депрессией, воспринимающий себя как жертву бездушности других, жалуется, что никто, не обращает внимания на его чувства. В таком случае мы, без сомнения, имеем дело с клиентом, проявляющим недостаточную ответственность за свои отношения с другими. Для такого пациента обычно характерна столь низкая самооценка, что он даже не смеет, выражать свои чувства, предъявлять обоснованные требования либо же вообще сопротивляться другому человеку, боясь, что он рассердится или же бросит его. Самоотрицание играет решающую роль в описанной Сатир (1972) модели индивидуальности “соглашателя”. Клиент действующий в рамках данного шаблона, скорее всего будет часто испытывать гнев и разочарование, т.к. пассивная роль соглашателя требует рабского подчинения. Пациент, однако, не может непосредственно выражать свою злость, т.к. бунт не входит в репертуар его поведения. В данном случае первоочередной целью терапевта является облегчение клиенту понимания того, что здоровые отношения между людьми возможны лишь тогда, когда в одинаковой мере будут учитываться чувства каждой из сторон. Самоотрицание является причиной того, что лица, характеризующиеся недостаточной ответственностью, не могут самостоятельно подойти к таким выводам.

САМООТРИЦАНИЕ

Если клиент отрицает собственные чувства или желания — у него нет никаких оснований требовать от окружения их признания. Он умаляет значение своих внутренних переживаний или же уменьшает чувство собственной значимости, самокритично утверждая: “Я не имею права чувствовать себя так, как я себя чувствую”. Это заведомо абсурдное утверждение, поскольку человек, провозглашающий его, не замечает главного. Он уже себя так чувствует! Подвергая сомнению свое право чувствовать то, что он чувствует, человек отталкивает от себя необходимость конфронтации со своими актуальными переживаниями. Не находя соответствующего объяснения своим чувствам, он все больше и больше погружается в депрессию.

Д37

Оправдать себя во всем

Реализация данной директивы заключается в следующем- терапевт велит клиенту оправдывать себя во всем, что он делает. Пациент должен предоставить по крайней мере три обоснования каждого предпринимаемого им действия. То есть, клиента просят назвать три причины, по которым он одел ту, а не иную одежду, выбрал ту, а не иную дорогу на работу, или то, а не иное блюдо в ресторанном меню. Вскоре усилия разума вкладываемые в поиск нужных объяснений, становятся слишком тягостными для большинства пациентов. И что самое важное, клиент открывает для себя, что любое оправдание является по существу рационализацией действия, отвечающего его желаниям, и ощущения того, что он чувствует. Когда пациент поймет, что всякое оправдание является ничем иным, как нахождением постфактум обоснований реализации его желаний, это становится для него основой подлинного понимания следующей истины: “факт, что я чувствую себя так, а не иначе; я сам по себе являюсь

достаточным оправданием делать то, чего я в действительности хочу". Такое утверждение вовсе не означает, что данная личность перестает считаться с другими (да это и не свойственно "соглашателю"), однако оно позволяет испытать удовлетворение от самоопределения и самоодобрения, так необходимых для построения высокой самооценки. Д38

Отрицание собственных чувств

Данная стратегия предполагает следующее: клиенту разрешается признаваться в испытываемых им чувствах, однако всякий раз, прежде чем выразить их, он должен извиниться. Это сводится к тому, что пациент выражает примерно следующее: "Извини, но то, что ты делаешь, вызывает во мне... (злость, радость, угнетенное состояние и т. д.)". Он вынужден вставлять самоотрицающие извинения или оправдания ("Возможно, я не имею права так себя чувствовать"), и лишь после этого он может раскрыть свои чувства. В такой ситуации пациент ясно начинает понимать всю абсурдность "отрицания собственных чувств", оказывающих значительное влияние на восприятие им действительности. В результате клиент убеждается в том, что каждый человек вправе переживать собственные чувства. Жизненная же мудрость заключается в умении найти нужный момент для их выявления.

Один из аспектов процесса самоотрицания касается мотивов больного и предпринимаемых им действий. Клиент с депрессией проявляет тенденцию к негативной, патологической интерпретации своих побуждений и начинаний. Тем самым он творит в себе внутреннего судью, от которого никуда не скрыться, и который неустанно понижает самооценку пациента. Данный процесс, как правило протекает на бессознательном уровне, поэтому личность даже не отдает себе отчета в суровости собственных "приговоров" — она лишь испытывает их последствия, какими является плохое самочувствие.

Д39

Патологические интепретации

Чтобы обратить внимание клиента на вышеописанный механизм и вызвать в нем сопротивление, можно обратиться к стратегии, использующей симптомы. Клиенту поручается создать три "патологические интерпретации" каждого своего начинания, а в особенности тех шагов, которые не вызывают никаких эмоций — он, к примеру, должен объяснить, почему он выбрал на обед определенное блюдо. Когда клиенту навязывается образец поведения, проявляющийся ранее в нем спонтанно, патологический механизм перестает быть его "частной собственностью", становясь просто реакцией на действия терапевта. Это позволяет терапевту отщепить нарушенный шаблон от опыта в целом.

Д40

Здравые интерпретации

Терапевт, использовавший в работе с клиентом вышеназванную стратегию, может попытаться повернуть ее обратной стороной. Когда больной научится выдумывать "патологические интерпретации", ему можно предложить подать позитивные "здоровые интерпретации" своих чувств и своего поведения. Это окажется для пациента куда более трудным заданием. У клиента, придерживающегося негативных интерпретаций, восприятие зачастую нарушено до такой степени, что он уже не может предоставить каких бы то ни было позитивных интерпретаций. Однако, как показывает практика, больному труднее всего бывает предоставить первые такие интерпретации; вскоре развитие новой способности набирает нужный темп, и положительное комментирование собственных чувств и действий дается ему все легче и легче.

В свою очередь терапевт может применить стратегию, представляющую собой соединение двух предыдущих стратегий, используя директиву 17, описанную в седьмом разделе. Согласно этой стратегии, клиент должен дать по крайней мере три позитивные и три негативные интерпретации своих отдельных действий и эмоций. На данном этапе терапии пациент уже овладел умением генерировать "разнообразные интерпретации", и теперь он открывает для себя, что приписывание действиям различных мотивов и объяснений чаще всего оказывается безапелляционным и необоснованным. Поскольку клиент в состоянии подать удовлетворяющие объяснения возникших обстоятельств как в позитивном, так и в негативном контексте, он самостоятельно подходит к следующему выводу: сосредотачиваясь в прошлом исключительно на негативных интерпретациях, он подходил к своему опыту слишком однобоко. Более того, он убеждается, что объяснения, приходящие в голову после совершившегося факта, являются ничем иным, как подтасовкой теории к факту. Существенно лишь то, что решение о конкретном действии человек принимает, делая выбор, показавшийся ему в данный момент оптимальным. Д41

Оптимальный выбор

Рассматриваемая проблема приобретает огромное значение, когда речь заходит о самоотрицании

и чувстве вины. Дальнейший ход терапии в большой мере зависит от того, примет ли клиент следующее утверждение: совершаемый человеком выбор всякий раз является “оптимальным выбором”, принимая во внимание внутренние ресурсы, которыми располагает данная личность, а также то, в какой степени эти ресурсы доступны ей (Бэндлер и Гриндер, 1979; Лэнктон и Лэнктон, 1983). После принятия такой точки зрения “ошибка” начинает восприниматься как “наилучший доступный выбор”. Когда пациент согласится с тем, что любое его решение — даже то, которое в конечном итоге в определенном отношении оказалось не совсем выгодным — было неизбежным, ему будет легче принять самого себя.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Еще одним аспектом самоотрицания, связанным с нарушениями чувства ответственности и контроля является неспособность принять следующий факт: неизбежным является принятие время от времени “не совсем совершенных” решений. Человек, убежденный в том, что на любую ситуацию он должен прореагировать идеально, начинает отрицать нежелательные чувства или же отбрасывать определенные измерения собственной индивидуальности, что отрицательно влияет на его психическое здоровье. Стремление к совершенству весьма похвально, однако следует отдавать себе отчет в том, где” находится граница между реальностью и утопией. Да и что такое “совершенство”? И вообще достижимо ли оно? Как его распознать? Какие его критерии? В какой мере его достижение зависит от человека?

Стремление к совершенству зачастую является попыткой избежать критики или возвыситься над лицами, небезразличными данному человеку. Первый случай отражает нарушение чувства ответственности: больной боится совершить ошибку и отказывается принять на себя ответственность за ошибку. Во втором случае мы имеем дело с попыткой перенять контроль над окружением: клиент пытается принудить окружающих реагировать так, как ему бы того хотелось. Д42

Нереальные цели перфекциониста

Терапевтические метафоры могут основываться на мотиве рассказа о “нереальных целях перфекциониста”; перфекционист впадает в депрессию, т.к. ему не удается достичь этих целей (он не отдает себе отчета в нереальности этих целей). Когда же такой человек совершает переоценку своего образа восприятия, качество его жизни заметно улучшается. Данный мотив иллюстрирует следующая метафора:

“Я могу тебе рассказать об одной женщине... она все более погружалась в депрессию... ее все более не удовлетворяла ее .жизнь... она чувствовала себя такой одинокой.. Раньше у нее был муле... свой брак женщина считала удовлетворительным, но недостаточно возбуждающим... и после восьми лет супружества она ушла от мужа... в надежде найти для себя более интересного мужчину... мужчину совершенного... это было пять лет тому назад... она составила список достоинств, которые обязательно должны присутствовать у будущего мужа, она четко представляла, как он должен выглядеть, как вести себя... женщина встречалась со многими мужчинами... договаривалась с ними о свидании... и с каждым днем все больше и больше разочаровывалась... депрессия все больше затягивала ее... она почти потеряла надежду найти совершенного мужчину... она хотела найти самого лучшего... и ждала его... хотя ожидание погружало ее во все более глубокую депрессию... однажды она полсаловсишеь своей подруге, что все те мужчины, с которыми она встречалась, на удивление несовершенны, подруга долго терпеливо слушала ее., но вскоре ее начало охватывать раздражение... и наконец... она взорвалась... злость вырвалась наружу... подруга подвергла критике ее чрезмерные требования... нетерпимость... и навязчивое стремление к совершенству, которого в действительности не существует, указала на то, что она слепо следуя своему воображению о совершенстве упустила случай полюбить и стать любимой кем-то, кто отличается от ее представления об идеальном мужчине... не лучший, не худший, а просто другой... и неожиданно для себя женщина поняла... что она напрасно составляла свой список, что любовь и нежность могут выралсаться по-разному... слова подруги потрясли ее... они позволили ей более реалистично взглянуть на мир, и совсем не случайно, что вскоре после этого она встретила мужчину, которого полюбила... вышла за него замуж... и счастлива в своем браке... она любит повторять, что ее муле “совершенен в своем несовершенстве”... и ей хорошо”.

Данная метафора касается неудовлетворенности, являющейся следствием нереальной погони за совершенством, а также депрессио-генных аспектов таких навязчивых идей; она также указывает на необходимость открыться навстречу иным возможностям. В описанном случае энергичная подруга заставила женщину понять, что решение, отличающееся от того, которое субъективно воспринимается как идеальное, может также принести удовлетворение. Отказ от ригористических требований в пользу большей толерантности является одним из основных условий развития гибкости. (Клинический контекст этой директивы иллюстрируется случаем I в “Приложении”).

Д43

Не обижай богов

Один из коллег автора, Дэвид Л. Хиггинс, предложил иную метафору, которая была призвана донести до пациента, что перфек-ционизм — вещь нежелательная. Терапевт внушает клиенту, чтобы тот “не обижал богов”.

“Много лет тому назад жило индейское племя, люди из этого племени умели создавать прекрасную керамику, ткать удивительные ковры и производить различные иные предметы быта для того, чтобы соединиться с бесконечной красотой мира... на некоторых изделиях были представлены магические символы, передаваемые из поколения в поколение; другие были украшены узорами, почерпнутыми из природы... каждая деталь была выполнена с необыкновенной любовью, это были поистине, плоды вдохновения... в котором индивидуальность художника соединялась с окру-жающим его миром... яркие и приглушенные цвета... чистые, происходяи(ие из земли, по которой ходили их создатели... из того, что окружало их, мягкость линий и неповторимая гармония форм проявляется спонтанно, но осознанно... смеете с каждой последующей нитью... вместе с каждым деликатным движением ладони... из первичных узоров расцветали новые... благодаря тщательной обработке суровых материалов... материалов, происходящих из различных источников... хорошо известных источников... и хотя можно было представить, что из них получится... окончательный результат всегда поражал... являлся неожиданно- стыо . но его принимали с радостью Возможно тебя заинтересует тот факт, что, по мнению этих ремесченников, точько боги могчи быть совершенными, и боги очень бы обиде шсь, если бы кто-нибудь из смертных достиг совершенства в какой-чибо области., даже случайно и поэтому каждый ковер, каждый предмет каждый сосуд был обезображен странной линией ичи узором... это было продуманное отступление от совершенства... целенаправленная ошибка старательно размещаемая мастером на своем произведении чтобы не обидеть богов... а сейчас у меня есть дчя тебя задание., это очень важно... до нашей следующей встречи будь совершенно уверен в том, что ты никогда не обидишь богов”

Д44

Будь перфекционистом

Клиент получает поручение, ставящее его в парадоксальную ситуацию" быть “перфекционистом” в каждом жизненном измерении. Терапевт приказывает ему все делать идеально, не допускать ни малейшего несовершенства. Итак пациент должен идеально принимать душ, идеально одеваться, занимать идеальную позицию, идеально дышать, пить и есть — и так далее. Терапевт требует от него совершенства в отношении вещей, которые просто не могут быть выполнены с совершенством. Каковы объективные критерии, позволяющие утверждать, что кто-то, “идеально принял душ?”. Приказ стремиться к совершенству при выполнении таких тривиальных действий позволяет клиенту почувствовать себя в абсурдной ситуации — она идеально отражает ситуацию, созданную самим клиентом, пытающимся достичь совершенства в важных для него делах. При соответствующей направленности неудовлетворенность и раздражение пациента могут стать прекрасным катализатором процесса переоценки “совершенства”, более реалистического и конструктивного его восприятия. Одним из важнейших факторов, благодаря которому изменение восприятия совершенства становится возможным, является тот факт, что представление клиента о совершенстве не является по существу его собственной концепцией. По большей части — это его интерпретация и реакция на ожидания лица, оказывающего большое влияние на его жизнь. (Клинический контекст этой директивы иллюстрирует случай 1 в “Приложении”). Д45

Умышленно ошибайся

Данная директива предусматривает следующее: клиент должен старательно запланировать и выполнить определенное количество ошибок. Это парадоксальное задание было предложено Вацлавиком (1978). Терапевт рекомендует клиенту несколько раз в день “умышленно ошибаться” — например, прийти на встречу в другое, нежели было договорено время, одеть белье наизнанку или сделать еще какую-либо безвредную ошибку, заранее запланированную и обдуманную Если терапевт к тому же требует, чтобы эти ошибки были совершены идеальным образом, он передает сообщение типа двойной связи. Если клиент подчинится приказу и совершит ошибку — он сделает что-то неправильно. Если он совершит ошибку, заключающуюся в несовершении ошибки — он также сделает что-то неправильно. Поскольку все эти ошибочные шаги выполняются по требованию терапевта, пациент не должен чувствовать себя ответственным за их совершение. Благодаря этому у него появляется шанс убедиться на собственной шкуре в том, что совершение ошибки вовсе не означает конца света и не влечет за собой каких бы то ни было страшных последствий, которых следовало бы любой ценой избегать. Только тогда пациент может принять человеческое несовершенство и понять, что каждому

свойственно время от времени ошибаться Клиент, страдающий депрессией, зачастую наказывает себя за каждую ошибку куда более сурово, нежели это мог бы сделать кто-либо извне, и по самые уши погружается в проблемы, связанные с чувством вины и низкой самооценкой. Данная стратегия помогает больному обрести большее самопринятие и позволяет ему изменить перспективу: ошибки начинают восприниматься как урок на будущее, а не как нечто достойное осуждения. (См. случай I в “Приложении”).

Д46

Иной взгляд на перфекционизм

Для лиц, проявляющих перфекционизм и низкую самооценку, положительный результат может принести переоценка определенных взглядов. Вообще же перфекционизм является для клиента безоговорочным идеалом, желанной целью. Переоценка, делающая возможным “иной взгляд на перфекционизм”, уменьшает интенсивность стремления к совершенству. Бэндлер и Гриндер (1979) описывают этот процесс, ссылаясь на использованную Карлом Витакером терапевтическую интервенцию. На полное сожаление утверждение пациента: “Я не идеальный муж”, Витакер выкрикнул: “Слава Богу! У меня камень с души упал! На этой неделе я принял уже трех идеальных мужей, и мне казалось, что еще немного — и я умру от скуки!” В данном примере переоценка заключалась в отношении к “современному” как к “скучному”. Умаление “совершенства” подводит к новому взгляду на природу пер-фекционпзма, вследствие чего клиент не только смиряется со своим человеческим несовершенством, но и начинает замечать его преимущества. Чтобы склонить пациента по-новому взглянуть на перфекционизм, стоит обратиться к метафоре. Такой подход можно рассмотреть на примере случая, впервые описанного в статье, посвященной нервной анорексии (Япко, 1986). В ней речь шла о аноректичном студенте, запланировавшем для себя медицинскую карьеру. Автор рассказал ему о своей клиентке, привлекательной замужней женщине, которая жаловалась на неудовлетворенность половой жизнью с мужем. В результате она стала раздражительной, недовольной собой, мужем и своим браком. Ниже приведен фрагмент использованной метафоры:

“Рассказывая о своем браке, женщина заявила, что у нее “идеальный муж”, который всегда аккуратно причесан, безупречно одет, и все, что ему приходится делать, он выполняет с точностью автомата — это касается и занятия сексом... однажды она мне призналась, что временами, когда муле раздевается перед тем, как лечь в постель, она ловит себя на мысли, что на его груди непременно должна находиться большая буква “С”: “Супермен”... и что она терпеть не может этого его совершенства... что она отдала бы пять лет своей жизни, чтобы только увидеть, как он совершает ошибку и наконец-таки становится обычным человеком...” (Япко, 1986).

Рассказ страдающему анорексией мужчине об отвлеченных, на первый взгляд, проблемах незнакомой ему женщины, призван представить перфекционизм как нежелательную черту, а также подчеркнуть необходимость проявления нежности и понимания в интимных отношениях с партнером. Кроме того, данная метафора содержит косвенное указание клиенту, чтобы он на минуту “оставил свой собственный внутренний мир” — осмотрелся вокруг и научился лучше понимать потребности других и относиться к ним соответствующим образом; в этом, кроме всего прочего, и заключается процесс созревания.

Лучше узнавая человеческие потребности и взгляды, клиент постепенно начинает осознавать, что не существует идеального образа жизни, а “несовершенство” по существу само по себе ценно и заслуживает любви (См. “Приложение”, случай 2).

ОБВИНЕНИЕ

В начале данного раздела автор рассмотрел связь между шаблонами приписывания себе вины и шаблонами ответственности. Человек с недостаточным чувством ответственности будет проявлять тенденцию к принятию позиции “обвинителя” (Блеймер; Сатир, 1972). Такой человек во всем, что с ним случается, обвиняет окружение. То есть, все то, что он воспринимает как вредное для себя, по его мнению, является результатом чужих недочетов (невежества, отсутствия чувствительности, непродуманного планирования и т. д.). Учитывая сильное чувство обиды “обвинителя”, убежденного в том, что он должен пожинать плоды чьей-то некомпетентности, становится совершенно очевидным, что в нем преобладает позиция “жертвы”. Присваивание себе нрава обвинять других, проявляется лишь у того человека, который не замечает, что он тоже ответствен; отсюда исходит рассмотрение этого механизма в контексте шаблонов недостаточной ответственности.

Д47

Обвиняй других

Для того, чтобы донести до клиента его склонность к нереалистическому и несправедливому

перекладыванию вины па других людей либо на внешние обстоятельства можно обратиться к стратегии, использующей симптом, которым является характерное для сознания жертвы обвинение окружения, а вместе с тем не подвергающей клиента воздействию последствий такой позиции. Пациент получит приказ: “обвиняй других” - во всем, в чем только можно. Чтобы не позволить этой директиве разрушить отношения клиента с приятелями, ему рекомендуется “провозглашать обвинительные речи” в определенное время, когда поблизости никого нет. Во время обвинения клиент должен критиковать “всех и вся” за то, что они действуют не так, как следует, т.е. не так, как ему бы того хотелось”. Управляя автомобилем, пациент может, к примеру, возмутиться по поводу того, что марки и цвет соседних автомобилей не такие, как ему бы того хотелось; обвинять город за то, что в нем находятся здания, возмущаться природой, которая взрастила деревья и насыпала пригорки в самых неподходящих местах — и так дальше. Независимо от того, сколь безапелляционными были ранние претензии клиента, требования данной директивы настолько карикатурны, что просто невозможно не заметить их абсурдности. Более того, вокруг проблемы обвинения возникает новая, более сильная ассоциация: а именно: одностороннее обвинение может легко довести до абсурда (См. случай 3 в “Приложении”).

Д48

Выпали свои претензии

Форма психодрамы может обогатить предыдущую стратегию непосредственной интеракцией с терапевтом. Директиву, предполагающую претенциозное обвинение, автор применил к пятидесятисемилетней женщине, которая после смерти мужа, с которым она прожила 35 лет, страдала тяжелой формой депрессии. Она перестала выходить из дому, т. к. не чувствовала себя настолько независимой и взрослой, чтобы суметь справиться с возникающими жизненными проблемами. О своем бывшем партнере она говорила: “Это был идеальный муж, который заботился обо мне и сам обо всем беспокоился”. Она никогда в жизни не наполнила самостоятельно бак своего автомобиля, не открыла счет в банке, не решила ни одного дела самостоятельно. Когда мужа не стало, оказалось, что вдова совершенно не приспособлена к самостоятельной жизни — чрезмерно заботливый партнер “заласкал ее до смерти”.

Первым шагом терапевта было склонение пациентки к тому, чтобы она все свои претензии непосредственно выплеснула на мужа — так. если бы он сидел напротив нее, упрекая его в том, что он умер и оставил ее одну. Женщина прекрасно сыграла свою роль. Когда она так ругала его, не выбирая при этом выражений, ее вдруг осенило: “возможно, он вовсе не виновен в том, что умер...” Благодаря терапии она перестала обвинять мужа и смогла заняться развитием в себе умений, необходимых в повседневной жизни. (Описание данной директивы в клиническом контексте содержит случай 3 в “Приложении”). Д49

Все отрицай

Согласно стратегии, которая признана склонить личность к признанию собственной ответственности за свои действия, клиент должен составить список личных свершений, как позитивных, так и негативных. Затем клиенту приказывают отказаться от них. Он, например, может отрицать, что у него были родители, что он родился, что некогда он был ребенком и так далее. Это не требующая больших усилий директива даст клиенту шанс взглянуть на самого себя с иной перспективы.

Д50

Ищи оправданий

Очередная директива заключается в том, что пациент умышленно совершает какую-либо ошибку и сразу же после этого “ищет оправдания” самому себе. Эта сценка является карикатурным представлением отсутствия ответственности, напоминающим старую комедию с участием братьев Смосерс. В середине песни Том Смосерс сбивается с нужной мелодии и путает слова. Его брат Дик прерывает пение и делает ему выговор. Тогда Том находит множество идиотских оправданий, таких как: “Было слишком темно, вдобавок к этому у меня появилась мозоль, и обед был невкусным, и вообще... мама тебя больше любила!” Несмотря на то, что эта директива носит игровой характер, она может многому научить клиента, если речь идет о склонности к обвинению и о односторонности такого поведения.

ОТСТУПЛЕНИЕ

Одним из наиболее типичных проявлений депрессии является отступление, отказ от контактов с окружением. Отступление становится причиной социальной изоляции, которая дополнительно углубляет депрессию. Больной перестает выходить из дому, забрасывает свои дела, избегает друзей, не отвечает на телефонные звонки и не открывает дверей; в конце концов он остается наедине с собственными мыслями и чувствами. Поскольку в результате изоляции перестают поступать импульсы

извне, вся тяжесть борьбы с депрессией ложится на плечи клиента. В общем-то, борьба с депрессией и так является делом клиента, однако контакты с терапевтом, другими людьми могут в значительной мере катализировать оздоровительный процесс. Проблеме улучшения контактов с окружением будет посвящен одиннадцатый раздел; пока же достаточно будет сказать, что существуют определенные директивы, которые помогают клиенту сломить пассивность и отстранение и призывают к активности и деятельному участию.

Д51

Позволь себе удовольствия

Склонение больного депрессией к тому, чтобы он позволил себе пережить определенные удовольствия, представляет собой поведенческую стратегию, которая может подтолкнуть клиента к довольно интересным выводам относительно способа организации личного времени и избавления от стресса. Клиент перечисляет все действия, которые приходят ему в голову, и которые, на его взгляд, являются довольно приятными Лучше всего, если список будет содержать 20-30 позиций, например, восхождение в горы, плавание, слушание музыки, чтение книг и т.д. Затем клиент отмечает, каким из данных занятий можно предаваться без предварительной подготовки, какие нуждаются в планировании, какие выполняются в одиночестве, а какие предполагают групповое исполнение. Терапевт также может спросить, когда клиент последний раз выполнял какое-либо из этих действий. Как правило, клиент признается, что уже давно не занимался вещами, доставляющими ему удовольствие. Констатация этого факта обычно подводит больного к следующему вопросу: “Если я не позволяю себе никаких удовольствии, как я могу быть счастливым?” Клиент с недостаточным чувством ответственности, не использующий шансов, предоставляемых ему жизнью, демонстрирует беспомощность. Творческая активность мобилизует позитивную энергию, уменьшает последствия стресса и дает человеку ощущение хозяина собственного времени. Более того, если человек, погруженный в апатию, располагает списком конкретных действий, которым он мог посвятить себя, он больше не будет долго думать над тем “чем бы себя занять?” Благодаря этому клиент открывает свой собственный, безопасный способ “оставления своего внутреннего мира” (на котором обычно концентрирует свое внимание страдающий депрессией). Таким образом достигается результат, к которому никогда не привели бы разумные советы, например: “запишись на какие-нибудь курсы”, “найди для себя какое-нибудь хобби”, и подобного рода побуждения типа: “давай, действуй”. (Эту директиву в клиническом контексте иллюстрирует случай I в “Приложении”).

Д52

Физическое усилие

Любая активность для больного очень полезна, особенно если она связана с физическими усилиями. Такой вид активности является прекрасным способом повысить уверенность в себе и облегчить выход из депрессии. “Физическое усилие” особенно показано тем пациентам, которые до этого времени не уделяли большого внимания физиологическим измерениям опыта, а также тем, кто жалуется на соматические боли неясной этиологии. Если терапевту удается склонить клиента записаться в группу аэробики, посещать тренажерный зал, пациент получает шанс развить активность, обдумать и, быть может, изменить свое отношение к собственному телу и обрести физическую силу, являющуюся метафорой духовной силы. Существует множество доказательств положительного влияния двигательных упражнений как на физиологическую, так и на психологическую сферы, поэтому мотивирование больных депрессией к занятию, физическими упражнениями должно стать обязательным элементом лечения. В здоровом теле здоровый дух — и наоборот. Люди, страдающие физически, редко веселятся.

Д53

Символическое путешествие

Еще одним средством, позволяющим достичь вышеобозна-ченной цели, может стать предложение клиенту совершить “символическое путешествие”, включающее элементы физической активности. Милтон Эриксон часто предлагал своим клиентам совершить восхождение на близлежащий Пик Скво. Преодоление трассы является задачей средней степени сложности, однако петляющая горная тропа, создающая иллюзию близости вершины, неожиданно открывает перед путешественником очередной поворот и очередной отрезок пути, тем самым эффективно сосредотачивая внимание. По мнению Эриксона, это восхождение является метафорой преодоления проблемы и терапевтического процесса: ежедневного преодоления жизненных трудностей, ведущего к “покорению вершины” и “взгляд на мир с иной перспективы”. Используя идею Эриксона, автор время от времени посылает клиента совершить восхождение, используя для этого особую трассу в горах на восток от Сан-Диего. Лицам с неплохой

физической подготовкой этот путь не покажется сложным, а его название может пробудить воображение: “Путь источников долины Азалии”. Путешественник надеется, что по пути он сможет восхищаться прекрасными цветами, цветущими лучами и кристально чистыми источниками. Вот какой пейзаж представляет себе человек, однако в действительности лугов и цветов оказывается немного, а единственным доказательством наличия подземных источников являются выступающие тут и там трубы, из которых время от времени капает вода. Для клиентов, проявляющих тенденцию к преувеличению собственного опыта, такое путешествие является прекрасной метафорой, передающей сообщение “Принимай во внимание действительность, а не собственные преувеличенные ожидания”. Информация такого рода, вместе с физическим усилием, сопутствующим восхождению, может вызвать позитивные мысли и чувства, являющие собой хорошую исходную точку для дальнейшей терапии.

СТРАТЕГИИ, РАЗРУШАЮЩИЕ ШАБЛОНЫ ЧРЕЗМЕРНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Человек с чрезмерно развитым чувством ответственности сформировал дисфункциональное, ошибочное убеждение в том, что он лично ответственен за все, что происходит вокруг. Работа с такими чрезмерно ответственными пациентами является более эффективной, нежели лечение людей, у которых напрочь отсутствует чувство ответственности. Просто гораздо легче уменьшить чрезмерную ответственность, нежели сформировать ее основы. Личность с чрезмерной ответственностью берет на себя вину за все, что происходит не столь само-деструктивно, такой человек слишком близко к сердцу принимает чувства других и проявляет тенденцию к самововлечению в проблемные ситуации, которые в принципе его не касаются.

Если в процессе социализации человек приобрел убеждение в том, что его действия оказывают принципиальное влияние на поведе- ние и поступки окружающих, он начинает верить в то, что именно он и предопределяет ход событий. Средой, способствующей порождению такого убеждения, является семья, в которой ребенку позволяется самому все решать. Просто поразительно, как часто можно встретить родителей, которые самые важные личные решения (такие как переезд, повторный брак) принимают исключительно на основе мнения ребенка по этому вопросу. В каждом случае такие нарушенные интеракции заставляют человека поверить в то, что он оказывает значительное влияние на решения, которые в сущности не зависят или же не должны зависеть от него.

Чрезмерная ответственность часто вдохновляет на создание различного рода групп личностного развития, или т.н. обществ “высшего сознания”. Некоторые из этих объединений провозглашают следующую философию: “Все, что происходит вокруг тебя, является отражением тебя самого; ты сам создал и создаешь обстоятельства, в которых живешь”. Такие группы прививают своим членам убеждение в том, что “они сами непосредственно или косвенно несут ответственность за все события в собственной жизни”.

У некоторых людей патологический шаблон формируется тогда, когда они пытаются взять на себя ответственность за вещи, не зависящие от них. В результате в них растет необоснованное чувство вины. Кроме гого, они утрачивают способность определять сферу своей реальной ответственности (Хокенстейн,1986).

Овладение способностью разграничивать то, за что человек ответственен, а за что — нет, может оказаться делом таким же сложным, как и правильное идентифицирование сферы собственных влияний. Возьмем, к примеру, специалистов в области психического здоровья. Казалось бы, уж они-то должны владеть обширными знаниями, касающимися правил, управляющих поведением людей, и что (теоретически) они способны рассмотреть саму суть проблемы, учитывая возможность использования опыта коллег и примеров собственных пациентов — почему же эти “врачеватели души” так часто сами нуждаются в помощи? Психотерапевты, как правило, не могут избежать чрезмерного вовлечения в личные проблемы пациентов. Отсюда высокий процент заболеваний депрессией, самоубийств и различного рода зависимостей среди представителей этой профессии.

Терапевт, одалживающий своему пациенту деньги, принимающий их в свой дом для проживания, встречающийся с ними в самое неподходящее для этого время суток, переживающий вместе с ними их взлеты и падения — определенно проявляет признаки чрезмер- ного чувства ответственности. Почему так происходит? Эти люди переживают за своих пациентов; а переживания без определения их верхней границы высасывают все больше и больше энергии. Эмоциональное вовлечение затрудняет распознание границ ответственности. Не удивительно, что решение проблем, связанных с чрезмерной ответственностью, для обычного человека является столь трудным делом, если даже у профессионалов в области психотерапии возникают с этим проблемы. (Наверное в образовательную программу обучения психотерапевтов стоило бы включить несколько лекций на тему: “Как сохранить психическое здоровье

при ненормальной профессии”). Лечение лиц, проявляющих чрезмерную ответственность, заключается в предоставлении им возможности эмпирического познания границ собственного влияния.

Подобно тому, как недостаточная ответственность проявляется в интерперсональных отношениях принятием позиции жертвы, чрезмерная ответственность оказывает драматическое влияние на отношения с окружающими. Эта проблема будет детально рассмотрена в одиннадцатом разделе. Сейчас же мы займемся связью между шаблонами нарушенной ответственности и иными измерениями интроперсо-нального опыта.

ЧУВСТВО ВИНЫ, САМООБВИНЕНИЕ

Ликвидация неопределенности в сфере ответственности является важной частью общей программы лечения депрессии. Именно к этому измерению опыта относится один из важнейших критериев диагностики этой болезни, а именно: симптом преувеличенного либо неадекватного чувства вины. Мог ли бы человек чувствовать себя виновным, не чувствуя при этом себя ответственным? Опыт автора в работе с людьми с нарушенным чувством ответственности однозначно указывает на то, что, когда у человека появляются трудности с надлежащим распределением ответственности в отношениях (с другими либо с самим собой), рано или поздно он становится жертвой депрессии.

Вот пример двадцатпшестилетней пациентки. Крис была студенткой. Жила она вместе со своими, очень требовательными родителями. Никогда ранее она не пыталась отделиться от них, т.к. они на малейшие намеки с ее стороны уйти из дому и начать самостоятельную жизнь, реагировали злостью или же холодным молчанием. Крис знала, чего хочет, и понимала, что это является условием ее психического здоровья, но она не смогла предпринять какие-либо конкретные шаги из-за парализующею её чувств вины Она боялась, что “мама и папа умрут от огорчения”. Почему она брала на себя ответственность за то, что ее родители ожидали от нее отказа от собственной автономии?

Д54

Деструктивная ответственность

Работая с Крис, терапевт в ходе гипнотических сеансов применил серию метафор, призванных помочь ей понять то, что у нее нет причины чувствовать себя ответственной за реакцию своих родителей. В метафорах появлялся мотив кого-то, кто проявляет такую “деструктивную ответственность”, тем самым ослабляя других, делая невозможным для них преодоление пассивности. Этот мотив появляется, например, в таком метафоре:

“Каждый из нас любит мир природы... люди восхищаются красотой и разнообразием животных..., но не все отдают себе отчет в том, что всякое животное, вне зависимости от форм, размеров, окраски, темперамента вы-нуждено решать определенные проблемы... так Ж'е, как и человек... во многом животные напоминают людей... определение собственной территории... образование семьи... ожидание потомства... гордые родители... заботливые родители... а царстве зверей любовь вылрлсается в различных формах... Примером мудрости животных может послужить медведь... в течение нескольких месяцев после рождения медвеж-ат медведица не отходит от своих детенышей ни на шаг... если хочешь разозлить медведгщу... попробуй приблизиться к ее медвежатам... она защищает их с диким остервенением... учит их, как добывать пищу... как выжить в мире природы... как жить... как взрослеть... у маленьких медвежат есть время на игры... но им таю/се известно, сколь важны вещи, которым они должны научиться... чтобы, когда придет время, стать самостоятельными... и наконец настанет день, когда медведица загоняет своих дете-Hhiiueii на дерево... и оставляет их... чтобы в дальнейшем они самостоятельно ипи по .жизни... чтобы они взрослели, изменялись, учились новому... и главная ответственность, воз'ю.ж'еинаи на нее, заключается в том, чтобы в нужный момент отказаться от ответственности за детей... у них своя жизнь... и мать знает, что она не может за них прожить их же жизнь, вне зависимости от того, насколько сильно она их любит... кому-то это может показаться про-явлением холодности и черствости... особенно когда кто-то наблюдает за тем, как маленький медвежонок ищет свою маму., но мать обладает инстинктивной мудростью... широкой перспективой, интуитивное ощупцепие того, что все аспекты .жизни в одинаковой мере ценные... и то, что с одной стороны может показаться ужасным, жестоким... с другой точки зрения являет собой бесценный дар, самый важный... и мне еще никогда не приходилось слышать о том. чтобы чрезмерно заботливая медведица оберегала своих детей до такой степени, что пресекала любую их попытку проявить самостоятельность...”

Если клиент пережил неприятные минуты, связанные с расставанием, если ему кажется, что о нем перестали заботиться, или же он берет на себя ответственность за чужие чувства, рекомендуется применить вышеприведенную метафору, либо другие метафоры, основанные на подобном мотиве.

Чувство вины и тенденция к самообвинению тесно связаны между собой. В то время, как лицо с

недостаточным чувством ответственности склонно занимать позицию "обвинителя", личность с чрезмерной ответственностью играет роль "мученика". Интенсивность самообвинений может быть так велика, что со временем они становятся доминирующим элементом умственной деятельности личности, которая уже не может допустить иных интерпретаций и точек зрения. Чувство вины может в значительной степени ослабить волю и жизненную энергию человека, поэтому-то главной целью лечения должен стать разрыв замкнутого круга самообвинений пациента.

Д55

Выключение чувства вины

В соответствии с рекомендациями этой стратегии, целью которой является деперсонализация проблемы чувства вины, клиент собирает вырезки из газет, информирующие о катастрофах, произошедших в каком-нибудь уголке земного шара. Особенно пригодятся в данном случае упоминания о стихийных бедствиях (землетрясении, засухе, пожарах, наводнении) или же статьи описывающие авиакатастрофы, крушения поездов, разливы нефти — и т.д. Затем клиент вслух (себе или терапевту) должен доказать, что это именно он несет ответственность за все эти события. Пациент должен постараться, чтобы его объяснения (оправдания) звучали убедительно; когда задание будет выполнено, он сам удивится, как легко ему удалось возбудить в себе чувство вины. Осознание того, что чувство вины можно испытать даже в ситуации абсолютного отсутствия объективных связей с данным событием, часто становится чем-то вроде "выключателя" для нарушенного чувства ответственности. Пациент эмпирически убеждается в наличии у себя проблем с "регулированием" чувства вины — которое "действует" вне зависимости от того, имел ли больной реальное влияние на ход событий или же нет. Выявление отсутствия действительной ответственности за конкретные события до сих пор могло быть для пациента делом слишком трудным по той причине, что ему всегда удавалось найти какую-то связь с данной ситуацией. В случае несомненного отсутствия таких связей становится гораздо легче подвести к диссоциации и "выключению чувства вины".

Д56

Обвинение себя в грехах всего человечества

Стремясь к еще более выразительной деперсонализации понятия ответственности, терапевт может потребовать от клиента взять на себя ответственность за случаи, произошедшие еще до его рождения. Автор назвал эту стратегию "обвинением себя за грехи всего человечества". В случае одной супружеской пары, обратившейся к терапевту, партнером, проявляющим чрезмерную ответственность, была жена с тенденцией к самообвинению. Автор попросил ее перечислить десять негативных исторических событий, произошедших до ее рождения. Пациентка помимо всего прочего упомянула о покушении на Линкольна, крушении Римской империи, распятии Христа, сбросе бомбы на Хиросиму. Затем она должна была — как можно более убедительно доказать своему недостаточно ответственному мужу, что это она виновна во всех несчастьях. Женщина превосходно сыграла свою роль, с поразительной искренностью признавая "свою" вину. Больше всех результатом была поражена сама "актриса". Она приобрела такую сноровку в принятии на себя ответственности за любую деталь собственной жизни, что теперь с поразительной легкостью ей удавалось вызывать в себе чувство вины за события, произошедшие за сто и более лет до ее рождения. Эксперимент помог клиентке понять, что чувство вины не всегда бывает обоснованным, и что следует стараться с максимальной скрупулезностью анализировать события, чтобы иметь воз- можность правильно оценить, в какой степени человек ответственен за происходящие события (если он вообще за них ответственен).

САМОПОЖЕРТВОВАНИЕ, НАКАЗАНИЕ

Внимательный терапевт в демонстрируемых людьми шаблонах самообвинения заметит элементы манипуляции. Лицо, обвиняющее самого себя, может занять позицию жертвующего собой мученика и своим поведением сообщать: "Я стану козлом отпущения и всю твою вину возьму на себя. А что ты мне дашь за это?" В некоторых отношения между двумя людьми существует молчаливое соглашение о том, что один из них будет играть роль ответственного, а другой — неответственного.

Д57

Распятие на кресте

По отношению к клиенту, проявляющему тенденцию к "мученичеству", терапевт может принимать технику моделирования позиции тела, основанную на методе Сатир (1972). Она заключается в следующем: на время интеракции с небезразличным пациенту человеком, или же в ходе симуляции такой интеракции с клиницистом, клиента склоняют к принятию определенной позы. Например, можно поставить клиента спиной к стене с раскинутыми руками и свешенной на грудь головой, тем самым символизируя "распятие". При этом он должен сетовать на свое положение, повторяя примерно

следующее: “После всего того, что я для тебя сделал — так ты мне оплатил?” Если в этой необычной стратегии обнаружится связь с личными проблемами пациента, он осознает, свои притязания на роль мученика, что облегчит ему отстранение от этого шаблона.

Д58

Потребность в самонаказании

Там, где присутствует чувство вины, наверняка появится “потребность в самонаказании”. Хейли (1984) описал технику, названную им “терапией нелегких попыток”. Она заключается в том, что терапевт максимально осложняет клиенту поддерживание проявлений болезни, по этой причине клиенту легче распрощаться с симптомом нежели сохранить его. Хенли приводит пример мужчины, страдающего депрессией, поставленного перед выбором! или он в течение недели находит работу, или сбривает усы, которыми он так гордится. Хейли полагал, что пациенту будет легче переломить себя и найти для себя постоянное занятие, нежели смириться с утратой усов. Перед лицом успеха, ставшим итогом терапии, чувство вины, связанное с ранними неудачами, отступило на задний план.

Д59

Час вины

Одна из эффективных терапевтических стратегий заключается в следующем: клиенту предлагаются задания, выполнение которых представляется еще более мучительным, нежели попытка отказаться от симптомов болезни. В такой компиляции “терапии нелегких попыток” и стратегии, использующей симптомы, клиент получает поручение выполнить усиленную версию шаблона, который он “должен” рутинно поддерживать. Дополнительные условия касаются места и времени; эти параметры должны быть максимально невыгодными для клиента. Определение ежедневного “часа вины” может быть обосновано следующим образом: “Благодаря этому ты будешь использовать время более эффективно, нежели делал это ранее, когда испытывал чувство вины от случая к случаю, неорганизованно”. Терапевт узнает от пациента, какое место для него наиболее неприятно в его доме, и решает, что именно там пациент и будет проводить свои регулярные “часы вины”. Это может быть закуток гаража или чердака, двор либо же какое-нибудь другое, непригодное место. Уже само вскакивание с кровати посреди ночи или же ранним утром может стать весьма обременительным. Если ко всему этому пациент должен стать в холодный угол и в течение часа обвинять себя во всем мировом зле, до него быстро дойдет абсурдность всей этой ситуации. Данная стратегия призвана вызвать сопротивление чувству вины; в некоторых случаях удается очень легко добиться этого результата. Перфекционизм

В первой части данного раздела о перфекционизме упоминалось в контексте недостаточной ответственности, т.е. о нем упоминалось как о тенденции к уклонению от ответственности за поражение и к избеганию возможных обвинений. Сейчас же попытаемся взглянуть на перфекционизм с противоположной точки зрения: подходя к нему как к проявлению чрезмерной ответственности. Человек убежден в том. что он обязан быть ходячим идеалом, которому непозволительно обмануть ожидания других, он обрекает себя на жизнь, полную нескончаемых обязательств — то есть он занимает весьма ответственную позицию.

В сущности же дело обстоит следующим образом: такой человек чувствует себя обязанным осчастливливать (удовлетворять) других. “Переделать кого-то можно, лишь имея над ним власть (здесь мы должны вспомнить о наших предыдущих рассуждениях на тему контролирования поведения других людей и их реакций (которыми, как было признано, управлять невозможно). Рассмотренные в предыдущем разделе стратегии, призванные донести до клиента то, что контролирование действий и реакций других представляется невозможным, могут быть успешно использованы в случае с лицами, проявляющими чрезмерную ответственность.

Д60

Минута за минутой

В основе перфекционистских тенденций лежит большая потребность в контроле и чрезмерно развитая система ожиданий. Такие гибкие ожидания можно усилить, а затем сломить. Для этого терапевт должен поручить клиенту расписать с точностью до минуты график на ближайшую неделю Клиент составляет план, охватывающий “минута за минутой” все его занятия и места, в которых он будет пребывать в течение всей будущей недели, после чего ему будет дана инструкция по претворению этого плана в жизнь. Совершенно очевидно, что это требование нереально: даже если бы клиент изо всех сил старался “идеально” контролировать свое время, ему бы это не удалось — ведь жи5нь полна непредвиденных событий, которые в один миг могут разрушить искусно составленный план. Пробки на дорогах, незапланиро- ванные телефонные звонки, ожидание в очередях и тому подобные неожиданные

обстоятельства доказывают нереальность намерения реализовать столь точный план занятий. И в нашем случае клиент видит ограниченность сферы своего влияния; он начинает понимать что пер-фекцпонпзм и чрезмерное чувство контроля не являются подходящими способами обретения признания окружения. Данная стратегия, помимо всего прочего, провоцирует клиента, на сопротивление чрезмерной обязательности и склоняет его к рациональному выбору существенных обязательств. В конечном счете пациент оказывается способным брать на себя риск разочаровать других, если за этим стоит удовлетворение собственных потребностей. Все это позволяет ему реализовать куда более толковые, сулящие успех цели, нежели “осчастливливание других”.

Описанные в первой части данного раздела стратегии, призванные прервать шаблон перфекционизма, оказываются весьма полезными в случае с лицами, проявляющими чрезмерную ответственность; однако эти стратегии нуждаются в определенной модификации, т.е. в предоставлении клиенту иной мотивации. Если ранее ему внушалось: “Возьми на себя большую ответственность, именно этого тебе недостает”, то сейчас ему сообщается следующее: “Не бери на себя такую большую ответственность, она является для тебя непосильным бременем”. (Клинический контекст дайной директивы читатель найдет в “Приложении”, случай 4).

ЦЕЛЬ В ЖИЗНИ

Одним из аспектов чрезмерного чувства ответственности, оказывающим решающее влияние на процесс психотерапии, является человеческая потребность в цели и смысле жизни. Во многих случаях разжигаемое чувство ответственности за кого-либо или же за что-либо является попыткой обеспечить себе цель в жизни. Такие лица, как правило, игнорируют вежливые замечания терапевта, пытающегося “открыть им глаза” на их губительные тенденции. Они настолько глубоко погружаются в сферу личной ответственности, что отказывается от глубоко укоренившегося стереотипа — несмотря на то, что он, в силу многих причин, оказывается вредным, они не желают. Та роль, которую в жизни человека играет присутствие в ней цели, неоднократно описывалась в литературе по психологии Возможно, наиболее полно этот вопрос рассматривается в работе Виктора Франкла и Ролло Мэя. “Человек в поисках смысла” (1963), являющейся поразительным сви- детельством того, каким сильным становится в человеке желание жить, когда ему удается ухватиться за какую-нибудь цель. Термин “кризис существования” перестает быть абстракцией, терапевтической конструкцией, когда мы встаем лицом к лицу с людьми, депрессия которых вытекает и? невозможности обрести смысл жизни.

Обратимся к примеру сорокавосьмилетнего Адама, который в возрасте тридцати шести лет начал замечать у себя симптомы депрессии с сопутствующим ей сильным чувством тревоги. На протяжении многих лет он работал биржевым маклером. Необходимость оперировать большими суммами денег, а также контакт с раздражительными, требовательными клиентами, обременяющими его ответственностью за состояние их финансов, была для него огромным стрессом, усиливаемым заботой об обеспечении семьи. Ноша оказалась слишком тяжелой, и Адам сломался под ее давлением. Он попал в больницу, где для его лечения использовались фармакологические средства, и была полностью исключена возможность психотерапевтических методов лечения. Его расстройства закрепились; и хотя время от времени ему удавалось устраиваться на какую-нибудь временную работу, в течение всех этих двенадцати лет глубокая депрессия не покидала его. Сейчас депрессивные чувства Адама сосредотачивались на низкой самооценке, причиной которой стало отсутствие постоянной работы и, как следствие, невозможность сохранить свое прежнее положение главы семейства. Он не мог смириться с тем, что ему приходилось год за годом сидеть дома и ничего не делать, однако с другой стороны он не функционировал настолько хорошо, чтобы занять должность, которая смогла бы стать для него источником удовлетворения. В этой безнадежной ситуации депрессия Адама проявилась атакой мыслей о самоубийстве, которые время от времени подводили его к драматическим, хотя и безрезультатным попыткам лишить себя жизни.

Д61

Внушение цели

“Внушение цели” — это указание клиенту на необходимость придать Ж1ННИ определенный смысл. Пациенты, как правило, отдают себе отчет в собственной депрессии, однако они не осознают, что у ее истоков лежит отсутствие цели в жизни. Клинический контекст этой директивы откроют читателю следующие примеры. Милтон Эриксон описывает случай пятидесятидвухлетней женщины, которая по причине глубокой депрессии отказалась контактировать с людьми. Она лишь проявляла достаточно пассивный интерес к делам своего костела. Во время визита к ней Эриксон обратил внимание на три прекрасные распустившиеся фиалки, которые уж точно требовали по отношению к себе заботливого ухода. Терапевт велел женщине в форме “медицинской рекомендации” приобрести

дополнительные экземпляры, а также горшочки для их рассадки. Приобретенные растения должны были положить начало выращиванию фиалок. Когда пациентке удалось заложить весьма внушительную плантацию, Эриксон посоветовал ей выслать по цветку каждому члену конгрегации, у которого намечалось какое-нибудь торжество — обручение, венчание, крестины. Сам Эриксон так прокомментировать все это: “Кто занимается выращиванием двухсот фиалок, у того не остается времени на депрессию” (Зейг, 1980). Благодаря этим директивам женщина обрела цель в жизни, а также научилась налаживать общественные контакты. Все это является хорошим примером интервенции на многих уровнях.

Очередной иллюстрацией применения директив, касающихся жизненной цели, является описанный Эриксоном случай страдающей депрессией женщины, которая не могла забеременеть по причине ревматического заболевания. Хотя все врачи утверждали, что в ее ситуации беременность противопоказана, Эриксон посоветовал ей несмотря ни на что попытаться завести ребенка. Она так и сделала. В ходе беременности симптомы боле$ни суставов отступили, отступила также и депрессия. В положенный срок родилась девочка, которую назвали Синди. К сожалению, в возрасте шести месяцев девочка умерла. Мать вновь впала в тяжелую депрессию, сопровождаемую мыслями о самоубийстве. Эриксон сурово отругал ее за это, что она хотела уничтожить прекрасные воспоминания, после чего посоветовал ей посадить эвкалиптовое деревце и назвать его Синдп. Велев ей ждать того дня, когда она может сесть и отдохнуть в тени Синди, он направил свою пациентку в будущее. Когда спустя год Эриксон навестил ее он убедился, что женщина не только подчинилась его директивам, касающимся эвкалипта, но и засадила цветами весь огород. Эриксон также заметил, что женщина чувствовала себя гораздо лучше в физическом и психическом отношениях. Был подведен итог терапии: “Каждый выращенный цветок заменял ей дочь — точно так же, как и эвкалипт, названный ею Синди”. Утратив цель в жизни, которой для нее было рождение и вос- питание ребенка, пациентка сломилась. Директивы Эриксона дали ей возможность направить потребность заботиться о ком- то в иное русло. Все эти примеры доказывают связь между жизненной активностью и психическим здоровьем. Человек должен всегда заново открывать цель и смысл своей жизни, и только действительно заинтересованный зтими вопросами терапевт может эффективно помочь клиенту упорядочить данную сферу опыта. Если данное пространство содержит множество неясностей, исходной точкой могут стать директивы, приказывающие “вовлекаться” в деятельность, в коей пациент может эффективно использовать свои умения и таланты. Иногда ощущаемая клиентом внутренняя пустота оказывается слишком большой, и ее не удается полностью заполнить; однако бывают случаи, когда директивы, направляющие активность человека во внешнюю сферу, приводят к блестящему терапевтическому результату. (Ср. случай 1 и 3 в “Приложении”).

ВЫВОДЫ

Существует очевидная зависимость между нарушенным чувством ответственности с одной стороны и чувством вины, синдромом жертвы, стремлением к власти и низкой самооценкой с другой. Самым существенным элементом индивидуальности являются не столько проявления депрессии, сколько то, каким образом человек справляется с проблемой ответственности. Люди, которые не страдают депрессией в данный момент, но у которых наблюдается расплывчатость границ ответственности, относятся к “группе повышенного риска”. Поведенческие шаблоны могут усиливать или же ослаблять результаты повседневного стресса; поэтому основным условием победы над депрессией является умение отличать ситуации, в которых следует взять на себя большую ответственность, от ситуаций, требующих частичного отказа от принятых обязательств. Терапевт, способный распознать в пациенте отсутствие четко определенного отношения к вопросу ответственности, имеет шанс помочь клиенту избежать некоторых эпизодов болезни и сгладить последствия остальных эпизодов. Раздел 10

ЧАСТИ ЛИЧНОСТИ

Независимо от системы убеждений относительно природы человека, совершенно очевидным является тот факт, что субъективное переживание возникает в результате интеракции между множеством измерений глобального опыта. Многие школы психотерапии концентрируются лишь на одном уровне, ограничивая рассматривание других, а то и вовсе от него отказываясь. Сосредоточение на одном уровне опыта означает, что иные уровни вообще опускаются (или же учитываются в малой степени). Это вызывает прерывистость сознания в сфере между двумя (и более) пунктами, на которых оно сосредотачивается. Одним из способов описания этого феномена является концепция процесса восприятия в категориях “фигура - фон”, другим — модель “селективного сознания”. Способность человека расщеплять опыт на составляющие части, которые можно выделить и селективно изменить

(укрепить или же ослабить их значение), возможно, лучше всего будет описывать термином “диссоциация”.

Многие терапевты воспринимают явление диссоциации лишь в контексте психопатологии, сталкиваясь с таким расстройством, как “раздвоение личности”, где диссоциация доминирует в картине болезни. Способность к восприятию различных измерений собственной индивидуальности, которые в “нормальных” условиях функционируют взаимозависимо, хотя и на независимых уровнях, является ключевым механизмом, характерным для всех человеческих существ. Врожденная способность к диссоциации позволяет каждому человеку “разложить по полочкам” опыт, т.е. поделить его на отдельные, легко анализируемые элементы. Если бы данный механизм отсутствовал, впечатления постоянно бы мешались друг с другом, а человеку не удалось бы довести до конца выполнение какого-либо действия (либо анализ чего-либо, переживание определенного чувства) затем, чтобы получить возможность уделить внимание очередной деятельности (мысли, чувству). А следовательно понятие диссоциации оценке не подлежит, т. к. этот процесс сам по себе не является ни негативным, ни позитивным. Он может повлиять как на укрепление, так и на ослабление определенных измерений опыта, в зависимости от хода, развития и вызываемых последствий. Принятие такой точки зрения на природу диссоциации позволяет воспринимать человека как целое, составленное из множества различных частей или измерений. То, как, где и в какой мере все эти элементы связаны между собой, предопределяет общую конфигурацию человеческой индивидуальности “Нормальный” разум воспринимает себя как часть опыта, которая способна соединиться с другой частью, коей является внешний мир, причем эта первая часть опыта, т.е. “я”, сама складывается из множества элементов.

Когда сознание одного измерения самого себя отщеплено от остальных аспектов собственной индивидуальности, появляющаяся в результате диссоциация вместе с сопутствующей ей амнезией представляет главные элементы нарушений, определяемых как “раздвоение личности”. Сознание раздвоено, или диссоциировано, — и одна часть сознания не осознаёт существования остальных. В данном случае диссоциация является причиной патологического состояния. В качестве примера позитивного действия этого механизма можно рассмотреть опыт, описанный людьми, получившими сильную психическую или физическую травму; у них было такое ощущение, словно они оказались вне своего тела и смотрели на себя как бы “со стороны”. Такой уход от болезненной действительности выражает функционирование позитивного механизма, позволяющего человеку справиться с экстремальными ситуациями.

Диссоциация части самого себя не всегда приобретает такие крайние формы как при раздвоении личности. Если она проявляется в легкой форме, то, хотя некоторые измерения и остаются неосознанными, они не нарушают непрерывности потока сознания. В таком случае человек может распознавать дисфункциональные элементы собственной индивидуальности, но он не сможет объяснить, как и почему они появились. Если человек концентрируется на этой дисфункциональной части самого себя, называя ее “плохой”, “ненормальной” или наделяя её иным негативным определением, он тем самым позволяет ей стать независимой, обрести собственную неповторимость и в результате — выделиться из остального текущего опыта. Затем он может подавлять эту негативную часть, отрицать ее, проецировать ее на других, придерживать ее, либо реагировать как-нибудь по-другому.

Каков конечный результат негативного определения измерений собственной индивидуальности? В лучшем случае все заканчивается заниженной самооценкой; в худшем — ненавистью к самому себе. Человек не может избавиться от своей “плохой” части и тратит огромное количество физической и духовной энергии, пытаясь “взять ее под контроль”. Часто все это происходит на неосознанном уровне. Человек может даже не отдавать себе отчета и том, что он репрессирует непринимаемую им часть самого себя и замечает лишь реальные последствия такого поведения, т.е. симптомы, вытекающие из существования негативного аспекта индивидуальности.

Рассмотрим случай Дэвида, мужчины средних лет. Жена буквально втащила его в кабинет терапевта. Элен была обеспокоена проявлениями депрессии у мужа, кроме того ее раздражало, что Дэвид не уделял ей знаков внимания и не проявлял по отношению к ней никаких теплых чувств. Элен считала, что если бы они были ближе друг другу, она смогла бы помочь ему преодолеть угнетенное состояние. Женщина утверждала, что, не считая спорадических сексуальных контактов, Дэвид никогда не обнимал ее, не ласкал, не целовал, не говорил ей ласковых слов и не пытался наладить более интимные отношения. Дэвид объяснял это своей природной замкнутостью и заявлял, что “Элен должна знать”, что он любит ее, и этим она “должна удовлетвориться”. Проблемы Дэвида и Элен можно рассматривать с различных точек зрения. Можно, к примеру, предположить, что Дэвиду недоступны

нежные чувства, и он не умеет их выражать. Можно допустить, что Дэвид способен выражать свои чувства по отношению к Элен, однако источник “нежности” отщеплен от его сознания и от образа вступления в связь. В таком случае лечение должно быть направлено на то, чтобы помочь Дэвиду добраться до его внутренних резервов, подвергшихся диссоциации, а затем перенести их на связь с Элен. Получение доступа к ним, их упорядочение и мобилизация — все это может облегчить применение гипнотических методов. Источники желательных эмоций присутствуют в клиенте, но они отделены. Таким образом, терапия заключается в создании механизма, освобождающего внутренние ресурсы в создании ассоциаций, чтобы они смогли стать частью опыта в нужном контексте. Применение директив, вызывающих новые ассоциации — это еще один способ интервенции, делающей доступными в желаемых контекстах ранее отделенные источники.

В рассматриваемом нами случае вполне возможно, что трудности Дэвида, заключающиеся в его неспособности проявлять нежные чувства, являются интерперсональным отражением его негативных чувств по отношению к жене — несмотря на то, что Дэвид решительно отрицал их существование. Не исключено также, что Дэвид действительно чувствует себя неловко, идя на откровения. В этом случае можно сделать вывод, что Дэвид подавляет нежные части своей индивидуальности”, т.к. считает их, по тем или иным причинам, нежелательными. Если он считает, что мужчина не должен вести себя подобным образом, если он видит в эгом проявление “слабости” — в таком случае его поведение абсолютно разумно, принимая во внимание ту систему отношений, которой он располагает Однако что произойдет, если Дэвид сможет изменить перспективу (совершить переоценку), в результате чего он по-новому взглянет на проявление чувств: “несвойственное настоящему мужчине”, трансформируется в “символ силы, необходимой для распознания и выражения собственных чувств”? Дэвид может и не осознавать, что “нежный” значит для него “не мужской”, однако он видит неудовлетворенность Элен, хотя и не понимает причин, вызвавших ее Если Дэвид — человек недостаточно ответственный, он наверняка начнет обвинять жену в “слишком высоких требованиях”. Если же он склонен к чрезмерной ответственности, то, без сомнения, начнет обвинять самого себя — за то, что он черствый, лишенный эмоций тип, нуждающийся в помощи специалиста.

Случай Дэвида и Элен прекрасно иллюстрирует один из важнейших принципов, который должен знать терапевт, работающий с больными депрессией: во многих случаях депрессия является прямым либо косвенным следствием попытки ликвидировать, подавить часть личной индивидуальности, к которой больной относится негативно, но которая в действительности представляет условие нормального функционирования. Изоляция необходимых элементов индивидуальности нарушает равновесие образа восприятия, в результате чего нередко возникает депрессия.

Одной из первых и самой традиционной фразой психотерапевта является следующая установка: “Ты должен обрести контакт с собственными чувствами”. Это является непосредственным предположением того, что у клиента произошла диссоциация в плане эмоций Если чувства (мысли, поведение) являются причиной сильного страха, или же опыт клиента показывает, что они не несут в себе никакой ценности, в таком случае диссоциация становится наиболее эффективным инструментом, служащим для их изоляции. Это своего рода адаптационный маневр, однако если он влечет за собой депрессию, невозможно утверждать, будто бы он ведет к лучшему функционированию (обратим внимание на то, что “адаптированный” не всегда значит “правильно функционирующий” Когда в результате диссоциации необходимые ресурсы будут отделены, вновь присоединить их практически невозможно, разве что это станет возможным благодаря внешним (ситуативным) стимулам. А поэтому терапевт должен открывать, упорядочивать, мобилизовывать резервы клиента и создавать различные возможности плодотворно использовать резервы индивидуальности, подвергшиеся дисфункциональной диссоциа- ции. Генеральный план заключается в идентифицировании элементов, отброшенных пациентом (сознательно или же неосознанно) и в повторном их определении — на сей раз как полезных. Это влечет за собой выявление необходимости восстановить равновесие в индивидуальности клиента, чтобы каждая ее часть смогла найти свое выражение в соответствующем контексте.

А вот еще один пример, подтверждающий тезис о связи между диссоциацией частей индивидуальности и депрессией. Карен, тридцатидевятилетняя замужняя женщина, мать двоих детей, страдала умеренной депрессией. Она занимала пассивную позицию, однако, время от времени, ее охватывала неконтролируемая ярость. Во время таких приступов женщина разбрасывала предметы и выкрикивала такое, за что ей впоследствии самой было стыдно. Прежде чем женщина попала в кабинет автора, она лечилась у нескольких терапевтов; но ей не помогли ни фармакотерапия, ни “тренинг агрессии”, в ходе которого пациентка должна была дать выход собственной злости, бросая резиновые шары в кресла и подушки.

В детстве от Карен требовали, чтобы она была “идеально послушной девочкой”. Она воспитывалась в очень религиозной семье, где всем руководил принцип: “Дети должны быть на виду, но их не должно быть слышно”. Если она нарушала это правило, последствия для нее оказывались самыми плачевными. В результате большую часть времени она вела себя тихо, демонстрируя умиление и ласку, главным образом для того, чтобы не рассердить своего непредсказуемого, вспыльчивого отца. В период формирования личности Карен никогда не могла позволить себе выразить злость или иные негативные чувства, она продолжала развивать новые типы поведения типа “подставь вторую щеку”, к которым и прибегала в опасных ситуациях. Она рано вышла замуж за тихого, неагрессивного мужчину. Карен любой ценой пыталась уберечь свой брак от конфликтных ситуаций. Убеждение Карен в недопустимости проявления чувства гнева вызвало диссоциацию этого чувства и осложнило надлежащее реагирование на схожие эмоции (раздражение, разочарование).

Естественно, в своих стремлениях избавиться от злости Карен была обречена на поражение. Как можно исключить из своего эмоционального репертуара одно из основных чувств? Карен с полной решимостью подавляла свой гнев, но она была не в состоянии противостоять злости всякий раз, когда испытывала раздражение. Не обладая соответствующими механизмами выражения гнева, она вымещала его в непропорционально резких приступах агрессии. В такой ситуации склонение женщины вымещать гнев с помощью резиновых мячей просто не могло быть эффективным. Карен не контактировала с собственной злостью. Склонять к гневу лицо, у которого данное чувство отщеплено, представляется делом совершенно бессмысленным. Прежде чем мы начнем уговаривать клиента дать выход его злости, следует создать ассоциации, которые позволят констатировать ее присутствие и различных формах и различной степени интенсивности. Когда кто-то, подобно Карен, подавляет гнев до такой степени, что вообще отрицает его существование, “тренинг агрессии” не сможет вызвать каких бы то ни было позитивных ассоциаций, связанных с проявлениями злости. Часто главной причиной подавления человеком в себе гнева, является страх перед неумением совладать с собой. Когда кто-то слишком восприимчив к проявлениям гневных чувств, даже небольшое раздражение кажется ему проявлением недопустимой вспыльчивости. Для того, чтобы Карен смогла распознать собственную злость, ей необходимо сначала принять тот факт, что данная эмоция является интегральным элементом человеческой индивидуальности, И лишь тогда, когда она признала ее ценность, а затем отыскала ее в себе, она смогла начать развивать формы ее правильного выражения. Пока же данное чувство угнеталось и изолировалось, нельзя было рассчитывать на какой бы то ни было прогресс в процессе облегчения Карен принятия его как существенного элемента индивидуальности.

Механизмы, касающиеся чувства злости, играют в депрессии главную роль. Одним из подходов, трактующих депрессию как результат невыраженного гнева является классическая модель “злости, обращенной вовнутрь”. Приверженцы данной модели склоняют к вымещению злости, они даже выступают за умышленное доведение человека до такого бешенства, что он экстернализует свои чувства, обращая их против терапевта. К сожалению, среди психологов не достигнуто взаимопонимания даже по таким вопросам, как проблема чувства злости, которая одними воспринимается как ценная эмоция, заслуживающая свободной экспрессии (вступи в контакт со своим гневом и не бойся выразить его”), другими же трактуется как совершенно “лишняя” эмоция. Следует отдавать себе отчет в том, что когда злость или же какое-нибудь другое чувство трактуется как нечто отдельное (т.е. когда оно подвергается диссоциации и получает ярлык), уменьшается (и нарушается) способность личности организованно и эффективно использовать данное измерение собственной индивидуальности. Так называемое “контактирование клиента со злостью” в действительности ведет к диссоциации и в общем усиливает в личности осознание гнева. Распространено мнение, что склонение клиента к нахождению в себе злости и к ее выражению вызывает понижение уровня интенсивности этого чувства. Однако опыт авто- ра говорит об обратом' человек “контактирующий со своим гневом”, попросту начинает злиться. Это особенно относится к тем ситуациям, в которых человек постоянно испытывает чувство злости, являющееся следствием затянувшегося чувства раздражения. Примером может стать человек, не справляющийся с решением проблем или же с овладением новыми умениями. В результате он не может достичь желаемого.

А теперь посмотрим, к чему приводит отказ от части собственной индивидуальности, считаемой личностью “плохой”. Сколько измерений человеческого опыта “достойны порицания”? Такой ярлык может получить любое измерение, т.к. всегда найдется кто-то, кто именно так решит классифицировать его. Поэтому человеческая индивидуальность может превратиться в поле бесчисленного количества диссоциаций. Ярким тому примером может послужить разнообразие эмоциональных нарушении, с которыми соприкасается любой терапевт. Молодая женщина называет чувство голода “плохим”

чувством, она изолирует его и в результате заболевает анорексией. Мужчина заглушает в себе сексуальное влечение, наступает диссоциация, а в результате — у него возникают проблемы с эрекцией. Женщина считает “плохим” выдвижение на первый план профессиональной карьеры и “отщепляет” это чувство, что в результате оборачивается пассивно-агрессивным поведением по отношению к детям Объяснение пациенту, страдающему эмоциональными расстройствами, того, что у него произошла диссоциация определенных измерений опыта, как правило, не представляет труда. Значительно труднее бывает создавать новые ассоциации, позволяющие ему использовать эти оторванные элементы индивидуальности. Однако следует помнить, что именно с этими измерениями опыта пациент справляется хуже всего. Различного рода нарушения, а в особенности депрессия, являются совершенно очевидным следствием этого факта.

Диссоциация играет решающую роль во многих диагностических критериях, относящихся к депрессии (они описывались в четвертом разделе). Способность к диссоциации оказывает также влияние на развитие временной ориентации на будущее, на идентификацию параметров, определяющих внешнее размещение контроля, на установление совершенно неподвижных или же расплывчатых границ индивидуальности, а также на принятие глобального стиля мышления. Кроме того, стоит принять во внимание один из основных критериев депрессии — тенденцию к негативной интерпретации событий. Если учесть многообразие возможных интерпретаций данного события, может показаться непонятным, почему личность принимает к сведению и укрепляет исключительно негативную часть этого спектра, совершенно не замечая позитивной части. Реагирование лишь на избранные возможности означает, что остальные возможности эффективно отделяются По этой же причине вечный оптимист видит лишь позитивные ситуации, т.к. часть его опыта подверглась диссоциации — хотя и этом случае но крайней мере его самочувствие остается хорошим.

Исходя из наших предыдущих рассуждений можно сделать следующий вывод: процесс диссоциации иногда идет на пользу, а иногда — вредит. Зачастую бывает так, что депрессия появляется как реакция на неудавшиеся попытки отказаться от невоспринимаемых частей индивидуальности Даже если диссоциация не является непосредственной причиной депрессии, она, без сомнения, влияет на селективный выбор негативных аспектов опыта и отбрасывание позитивных — а следовательно нуждается в определенной форме терапии. Работа над шаблонами диссоциаций и связанными с ней механизмами заключается прежде всего в просвещении пациента относительно отщепленных частей индивидуальности, а впоследствии — в достижении “интеграции”, т.е. “повторного соединения”. Данное утверждение по существу представляет собой по-новому оформленный главный тезис этой книги: терапия — это ликвидация старых стереотипов и замена их новыми. Целью лечения является формирование новых, лучших реакций на требования внешнего мира. Оставшаяся часть раздела будет посвящена описанию стратегий, облегчающих клиенту использование собственных диссоциативных и интеграционных способностей.

ДИРЕКТИВЫ, УЧИТЫВАЮЩИЕ ПРОЦЕСС ДИССОЦИАЦИИ

Располагая соответствующей теоретической рамкой, позволяющей нам принять диссоциацию как нейтральный процесс, лишь потенциально приносящий вред либо пользу, мы легко примем точку зрения, исходя из которой данный механизм представляет интегральную часть терапевтического процесса, направленного на изменение индивидуальности. Клиницисты, не сталкивавшиеся ни с теоретической, ни с практической стороны с концепцией гипноза, рассматривающей его как модель коммуникации и воздействия, не вполне отдают себе отчет в том, что диссоциативные состояния (именуемые “трансом”) являются неотделимым элементом процесса личностного развития. Однако, без сомнения, любое изменение связано с отказом от используемого до сего времени комплекса реакций (т.е. шаблонов поведения), целью которого является создание реакций нового типа. А следовательно, независимо от того, ин- дуцирует ли клиницист формальное, легко идентифицируемое состояние гипнотического транса, или же он применяет иные терапевтические техники, руководящие процессом обучения и приобретения клиентом опыта (т.е. “неформальный гипноз”), основной целью такой процедуры будет отделение пациента от прежних схем и одновременное конструирование новых.

Применение метафоры, стимулирующей ход процесса диссоциации к лицам страдающим депрессией, может оказаться необычайно эффективным. Клиент, заключенный в рамку какого-то закостенелого стереотипа, определенные важные измерения собственной индивидуальности определяет как “патологические”; он чувствует себя совершенно беспомощным перед лицом своей неспособности контролировать или же ликвидировать их словом, он пребывает в состоянии эмоционального разочарования. Для того, чтобы помочь клиенту распознать негативные диссоциации, являющиеся неизбежным результатом попыток отщепить определенные части индивидуальности, можно применить

метафоры, особенно в том случае, когда отщепляемые элементы имеют принципиальное значение для целостности психики. Чем более принципиальное значение несет в себе такой элемент, тем больше усилий потребуется для его отщепления, и тем более драматичным окажется течение будущей депрессии. Метафора может заключать в себе следующую идею: переход от диссоциации к интеграции вполне возможен. В определенном смысле такой подход является следствием применения метафоры в качестве терапевтического средства. Оно заключается в ознакомлении пациента с переживаниями другого человека, находящегося в иной ситуации, которая, однако, прямо либо косвенно связана с нынешним положением клиента. Рассказ о другом человеке является своего рода отдалением от проблемы клиента. По мере того, как пациент будет усваивать содержание метафоры, дистанция будет уменьшаться, а сообщение приобретет конкретное отнесение. Таким образом, разрозненные сведения превращаются в интегрирование знания.

Как уже упоминалось, люди часто не осознают, что часть их индивидуальности подверглась диссоциации; и даже если бы они отдавали себе в этом отчет, они посчитали бы избавление от “мерзких” частей абсолютно верным решением. Метафоры, указывающие на бесплодность попыток отказа от определенных фрагментов собственной индивидуальности и предлагающие более реальную цель — здоровое отношение к этим частям — могут ощутимо содействовать созданию такого образа мышления, который окажется благоприятствующим для усилий, направленных на интеграцию новых способов реагирования. Д62

Различные части индивидуальности

Прежде чем клиницист начнет в различных терапевтических комбинациях активно использовать “части” личности, будет неплохо, если он ознакомит клиента с характером заданий, которые ему предстоит выполнить в ходе терапии, а также с тем, какие умения и способности, которыми располагает пациент, ему понадобятся для выполнения этих заданий. Распознание “частей” собственной индивидуальности, являющееся предварительным условием эффективного их использования, облегчат клиенту метафоры, обращающиеся к раскладыванию глобального опыта на составные элементы. Вот пример метафоры, указывающий клиенту, каким образом он может принять “различные части индивидуальности” и отреагировать на них:

“А сейчас я тебе расскажу об одном мальчике, с которым мне недавно довелось побеседовать, он был образцовым учеником, всегда получающим отличные отметки... но в конце учебного года он сильно изменился... перестал учиться... испортились его отношения с друзьями... он производил впечатление угнетенного, апатичного мальчика... никто не знал причины... я встретился с ним... а он рассказал мне о том, что было для него очень важно... о своей учительнице, которую он так сильно любил, что не представлял себе расставания с ней... и о том, что он хотел остаться на второй год в этом же классе, чтобы она продолжала его учить... иногда то, что на первый взгляд может показаться довольно странным... имеет глубокий смысл... и хотя наверняка какая-то его часть была решительно настроена остаться на второй год... мне удалось открыть в нем часть, которая желала стать гордым пя-muKiacciniKOM... и такую часть, которой было интересно, каково будет в пятом классе... а еще одна радовалась наступлению лета, каникул... когда появляется много времени... чтобы обдумать важные дела... в то время как очередная часть переживала... что приближается момент расставания с друзьями... этих частей было так много... а ты, с которой бы из них поговорил, если бы хотел убедить мальчика в том, что взросление предусматривает постоянные изменения... мне известно лишь одно... когда я рассказывал ему о различных, взрослеющих частях его психики... он слу-шач меня очень внимательно... и, возможно, тебя образует новость, что он прекрасно справляется с обучением в пятом классе...”

Вышеприведенная метафора затрагивает следующую идею: странное на первый взгляд поведение может оказаться абсолютно целесообразным; изменение предполагает отказ от определенных вещей; индивидуальность складывается из различных частей; качество человеческого опыта в значительной степени предопределяется тем, на какой из этих частей человек сосредотачивает свое внимание. Метафора внушает необходимость сосредоточиться на той, которая действительно содействует оптимальной адаптации к данной ситуации. Благодаря ей клиент начинает понимать язык элементов собственной индивидуальности и постепенно начинает осознавать, что, стремясь к определенной цели, он может использовать свою способность к выборочному увеличению или уменьшению их значения. (Смысл данной директивы иллюстрирует случай 1 и 2 в “Приложении”).

Д63

Используй то, что имеешь

Очередная метафора объясняет, как доходит до того, что человек желает избавиться от определенной части собственной индивидуальности, и внушает мысль о том, что гораздо лучше будет

сосредоточиться на надлежащем ее использовании. Сообщение звучит так: “Используй то, что имеешь”. Вот пример такой метафоры:

“Некогда я работал с мужчиной... он был очень угнетен... чувствовал себя ужасно... и подумывал о самоубийстве... худшей ситуации он и представить себе не мог... он не видел выхода из нее... его мучили приступы сильного страха... чувство вины... все это было связано со специфическими ситуациями... например, когда он управлял автомобилем и замечал на улице эффектную женщину... его охватывало такое сильное волнение, что он вынужден был съезжить на обочину, и лишь спустя несколько часов мог продолжать поездку... поскольку “знал”, что ему не следует думать о сексе... что он не должен ощущать в себе агрессивность... но он не мог совладеть с этими мыслями и чувствами... и это его страшно угнетаю... так повелось с детских лет... он помнил, как это началось... когда он был маленьким мальчиком монахиня из приходской школы хотела преподать ему урок .. о необходимости сохранить чистоту ума, тела и духа... и подержала его ладонь над горячгш пламенем свечи... повторяя при этом, что эта боль — ничто в сравнении с муками ада, на которые обречена душа грешника... и предупредила, что Богу известны все его мысли и поступки... а поэтому он должен следить... и так. на протяжении многих лет он был хорошим, честным н набожным мальчиком... впоследствии он стал хорошим, честным и набожным, юношей... он старался как можно лучше контролировать свои чувства... но чем старше он становился, тем бочее усиливались сексуальная и агрессивная стороны его натуры... и тем труднее становилось их подавлять... всякий раз, когда он видел красивую девушку... его тут .же охватывало волнение... и всякий раз, когда кто то к нему плохо относился... его охватывало чувство вины... он пытался избавиться от этих чувств... и с каждым днем погружался во все более глубокую депрессию, потому что ему не удавалось избавиться от них... поразительно, что ему вообще пришло в голову, что возможно искоренить сексуальное влечение... и инстинкт агрессии... так, словно это было но власти человека... я показал ему атлас анатомии и физиологии мозга... где на изображении мозга был отмечен сексуальный центр, и центр агрессии... и то, как эти основные измерения индивидуальности “подключаются”... и тогда он понял, что совершенно бесполезно пытаться бороться с собственной природой... вместо этого стоит научиться здраво выра-жить свои чувства... и он действительно понял это... осоз-тп... он понял, что в жизни его будут посещать различные чувства... от приземленных до утонченных... и что он может научиться справляться с ними... так, чтобы они при-носичи ему удовлетворение... какое это было облегчение...”

Данная метафора иллюстрирует бесполезность депрессиоген-ных попыток перечеркнуть определенные измерения человеческой природы, расширение перспективы в результате обретения новых впечатлений, ощущений и новой информации, а также предложения решения проблем.

Неспособность принять и эффективно использовать все элементы личной индивидуальности, без сомнения, является для многих людей одной из главных причин возникновения депрессии. Чаще всего больной не отдает себе отчета в полезности и пригодности тех частей индивидуальности, которые классифицируются им как “плохие”; однако его постоянно преследует мысль о негативных последствиях, которые, по его убеждению, повлекла бы за собой потеря контроля под этими “нехорошими” частями. Потому-то и рекомендуется применить стратегию, направленную на переоценку депрессии и на построения отношения к ней как к “предупредительному сигналу”, информирую- щему о необходимости проводить изменения. (Данную директиву в клиническом контексте иллюстрирует случай 4 в “Приложении”).

Д64

Плохое может оказаться хорошим

Терапевт может прибегнуть к данной директиве, чтобы облегчить клиенту открытие того, что кажущаяся ему “плохой” часть индивидуальности, в действительности оказывается целесообразной, а в некоторых случаях — необыкновенно полезной. Изменяя перспективу, клиент учится тому, что и плохое может оказаться хорошим”.

Первая рекомендация заключается в следующем: пациент должен составить список различных частей собственной индивидуальности, которые каким-то образом связаны с его проблемами. Затем он отмечает, какие позиции он считает — исходя из собственной системы отношений — “хорошими”, а какие “плохими”. В третьей части задания пациент вместе с терапевтом решают, на какие из плохих частей нацелены определенные шаблоны поведения, с помощью которых клиент пытается отбросить нежелательные элементы. В-четвертых, клиент должен постараться отыскать их вероятные позитивы. В чем они могут оказаться ему полезными? Какие силы и ценности они представляют? Наконец, клиента просят назвать контексты, в которых эти “плохие части” оказываются полезными, и определить, в чем заключается ожидаемая от них польза.

Итак, данная стратегия передает информацию о том, что каждая часть индивидуальности может оказаться весьма ценной; она подчеркивает, что эта ценность предопределяется контекстом; она содействует росту принятия себя и укрепляет убеждение больного в том, что, несмотря на депрессию и низкую самооценку, он является полноценным человеком.

Д65

Отбрасывание и обретение части самого себя

Данная стратегия иным образом представляет клиенту то, что воспринимаемые им в качестве плохих части индивидуальности в действительности могут принести ему большую пользу. Клиент получает за- дание сформировать по крайней мере в десяти пунктах ответ на вопрос: “Кто ты?” Он может описать свою общественную роль, свои убеждения и взгляды, внешний вид, интеллект и т.д. При этом клиента просят в равной мере учитывать как позитивные, так и негативные — в его понимании — черты собственной индивидуальности. Затем он получает задание пронумеровать позиции из списка, исходя из критерия их ценности, и запомнить эту последовательность. После чего клиницист велит клиенту закрыть глаза и “обратиться к воображению”, после чего даст ему следующие инструкции.

“Представь себе, что ты можешь отбросить десятую позицию из своего списка... что ты ее отбрасываешь и она перестает быть частью твоей индивидуальности... Хорошо... отбрось ее... а теперь посмотри на последствия, которые повлекло за собой ее отбрасывание. Что изменилось?... Какие ранее недостижимые для тебя вещи стали достижимыми? Какие ранее достижимые для тебя вещи стали недостижимыми?

Стоп ли ты себя любить больше после отбрасывания этой части?... Или меньше?... Как отреагировали на это ок-ружакщие? Каким образом этот факт повлиял на твое поведение, мысли, чувства? задержись на мгновение, чтобы почувствовать, каково тебе будет без этой части... а теперь отбрось девятый пункт из своего списка...”

Подобным образом клиент испытывает на себе “отбрасывание” очередных частей индивидуальности, включая первую позицию. Терапевт велит ему наблюдать за изменениями, вытекающими из отбрасывания частей собственной индивидуальности, и стараться переживать их, до тех пор, пока не “исчезнет” последняя из них. Следующий этап заключается в “обретении” отброшенных элементов индивидуальности:

“А теперь ты можешь вновь обрести первую позицию из своего списка; ты можешь забрать ее себе и вновь сделать частью собственной индивидуальности... что ты при)пюм чувствуешь? Что при этом изменилось в тебе?... Какие ранее недостижимые вещи стали для тебя достижимыми?... Какие ранее достижимые вещи степи для тебя недостижимыми?... Понял ли ты теперь, что эта часть может оказаться тебе во многом полезной, о чем ты ранее даже не подозревал?... А теперь постарайся обрести второй пункт из твоего списка...”

Благодаря этому упражнению клиент переживает состояние, в котором он на некоторое время “лишается части собственной индивидуальности”. Такое в некотором роде отстраненное положение позволяет ему открыть, что ранее не принимаемые им части, оказываются в сущности весьма полезными. Как правило, клиент признается, что он почувствовал значительное облегчение, когда ему удалось вновь обрести элементы собственной индивидуальности, даже те, которые ранее казались ему совершенно бесполезными!

Д66

Шестиэтапная переоценка

Данная стратегия, описанная Бэндлером и Гриндером (1979) также использует явление диссоциации и подчеркивает целесообразность на первый взгляд бесполезных частей человеческой индивидуальности. Главной ее целью является определение требований отвергаемой части психики и выработка позитивных способов выполнения этих пожеланий для того, чтобы разрушить старый, дисфункциональпый стереотип и сформировать “новый”, лучше функционирующий. Данная стратегия состоит из следующих пунктов:

1. Идентифицируй стереотип (X), который должен подвергнуться изменению.
2. Установи контакт с частью, ответственной за данный стереотип.

а) “Общается ли со мной ответственная за стереотип X часть моей индивидуальности на уровне сознания?”

б) Согласуй форму ответа (да/нет).

3. Определи различия между поведением, стереотипом X, и требованиями части, ответственной за это поведение.

а) Сможешь ли ты передать мне на уровне сознания информацию о том, что ты пытаешься

донести до меня с помощью стереотипа Х?”

б) Если ответ будет звучать “да”, узнай у части, ответственной за стереотип Х, каковы ее требования.

в) В состоянии ли твое сознание принять эти требования?

4. Предложи (создай) новые типы поведения, которые призваны удовлетворить эти требования. Ответственная за стереотип Х часть общается на бессознательном уровне с творческой частью и производит выбор генерируемых ею возможностей. Всякий раз, когда ею одобряется предложенное поведение, она сигнализирует об этом ответом “да”. 5. Спроси часть; ответственную за стереотип Х: “Берешь ли ты на себя ответственность за реализацию в определенном контексте трех одобренных тобою типов поведения?”

6. Тест: “Существует ли во мне некая часть, которая не соглашается на внедрение трех новых типов поведения? Если ответ окажется утвердительным, вернись ко 2 пункту. (Бэндлер и Гриндер, 1979).

Данная стратегия предлагает клиенту более обширный спектр выборов ответов на повседневные ситуации. Являясь интервенционной стратегией, она помогает эффективно решать незначительные проблемы и определяет новый уровень равновесия после интеграции изменений. Кроме того, налаживание более непосредственного контакта с частью индивидуальности, ответственной за патологический шаблон, означает уважительное отношение к интегральности личности, которая оставляет за собой право выбора лучшего ответа и не принуждается пассивно принимать навязываемое терапевтом решение.

Д67

Модель структуры индивидуальности

Стратегия, названная психотерапевтом Паулем Картером, “моделью структуры индивидуальности” (Картер, 1983) также подчеркивает целенаправленный характер, на первый взгляд, бесполезных частей психики и направлена на достижение равновесия между их требованиями, и генерируемыми ими результатами. Данная модель, являющаяся разновидностью шестиэтапной переоценки, в большей степени учитывает возражение остальных частей, делая возможной для них более полную экспрессию. Данная концепция также подходит к депрессии и ко многим иным нарушениям как к последствию неспособности принять и эффективно использовать части собственной индивидуальности. Предполагается, что, если основные чувства (такие, как злость, потребность в общении с людьми) отбрасываются как “плохие” личность погружается в стагнацию, поскольку не может развить определенную часть себя для того, чтобы та стала приносить ей пользу. В результате личность всю свою энергию отдает поддержанию этой части в неизменном состоянии, что в свою очередь вызывает дисфункциональное неравновесие. Данную ситуацию можно исправить с помощью следующей стратегии:

Этап I: Требования: Каковы твои желания и цели? а) Определи цель, исходя из позитивных категорий (“Желаемая часть твоей индивидуальности”).

б) Назови чувства, образы, звуки, вкусовые ощущения, ассоциируемые тобой с данной целью или желанием.

Этап II: Возражение: Существует ли какое-либо возражение против данной цели?

а) Возможное возражение вырази в форме чувственного восприятия (образы, звуки, ощущения).

б) Назови эту часть (“Возражающая часть твоей индивидуальности”) .

Этап III: Трансформация: Каковы требования возражающей части?

а) Спроси эту часть, чего она хочет, какова ее цель?

б) Вырази ее желания в форме целостного чувственного восприятия, т.е. образов, звуков, осязательных и вкусовых ощущений.

Этап IV: Выбор: Каким иным образом ты можешь удовлетворить требования возражающей части твоей индивидуальности?

а) Перейди в состояние творчества.

б) Генерируй максимальное количество выборов, призванных удовлетворить требование сопротивляющейся части индивидуальности.

Этап V: Интегральность: Какой из этих выборов не вызывает возражения ни одной из частей индивидуальности?

а) Выясни у возражающей части, действительно ли данный выбор полностью удовлетворяет ее требования.

б) Проверь, не вызывает ли данный выбор сопротивления со стороны какой-либо иной части.

в) Если какая-нибудь часть возражает, откажись от этого выбора или же вернись к этапу 11 и примени его в отношении этой новой сопро-тивляюшей части.

Этап VI: Интеграция: Как это будет выглядеть в будущем?

а) Нарисуй в воображении момент из будущего, в котором данная цель уже будет реализована.

б) Проведи обзор этапов, которые помогли тебе приблизиться к данной цели: тренинг, обучение, упражнения.

б) Представь себе, что появляются определенные трудности и возражения, а затем — что ты используешь новые выборы,

в) Создай новый образ самого себя, в котором все части пребывают в полной гармонии (Картер, 1983).

Последующие части этой стратегии позволят наладить тесный контакт с различными частями собственной индивидуальности и облег- чат исправление личного портрета, интегрирующего данные части. Особенно ценной представляется концепция использования способности воспринимать части индивидуальности как единое целое, которая находит применение во многих терапевтических подходах.

Д68

Укрепление противоположностей

Стратегия "укрепления противоположностей" в личности заключается в отрыве и укреплении (т.е. в увеличении, расширении способностей сообщить собственные нужды и цели) конфликтующих частей индивидуальности. Согласно данной директиве, если личность амбивалентно относится к какому-либо вопросу, что вполне типично для депрессии, каждая часть индивидуальности получает "право голоса". У подавляемых до сего времени частей появляется возможность выразить себя, а новоприобретенное осознание обладания в значительной мере облегчает обретение здоровья. Диалог между находящимися в конфликте частями часто оказывается первым случаем, когда клиент решается пойти на прямой контакт с отвергаемыми им частями собственной индивидуальности. Подобное прослеживается и в межчеловеческих отношениях: когда два враждебно настроенных но отношению друг к другу лица, питаемые взаимными подозрениями, встречаются и ближе узнают друг друга, враждебность и страх исчезают. Работа над находящимися в конфликте частями является неизменным элементом гештальт-подхода.

Д69

Развитие недоразвитых частей индивидуальности

В соответствии с аналогичной поведенческой стратегией терапевт и пациент разграничивают ценимые и обесцененные части индивидуальное ги, что легко сделать, идентифицируя наиболее развитые части (которые, естественно, и считаются наиболее ценными). Таким образом выявляются отстающие в развитии части. Затем терапевт определяет задания для клиента, цель которых — "развивать недоразвитые части индивидуальности", что поможет вернуть внутреннее равновесие. Примером тому может послужить случай Криса, описанный в восьмом разделе. Будучи ученым, Крис отдавал предпочтение рационализму и логике. Он взвалил на себя выполнение очень трудного задания и перетрудился из-за коротких сроков выполнения задания и нехватки помощников. Крис сам решил взяться за эту работу, т.к. во-первых, она была очень важной, а во-вторых, он надеялся получить одобрение начальства в ответ на удавшееся ему "совершение невозможного". К сожалению, у него ничего не получилось, и он "сгорел в пламени собственных амбиций", результатом чего стала серьезная депрессия. Те части индивидуальности Криса, для которых такие атрибуты, как "важный" и "трудный", являлись условием вовлечения в какое бы то ни было дело, были уже прекрасно развиты. Их дополнения, "неважный" и "легкий", вообще не принимались в расчет при принятии решения начать какое-либо действие. Поэтому когда Крис бросил работу над первым проектом и должен был выбрать для себя очередной проект, терапевт посоветовал ему решиться на краткосрочное, легкое, незначительное задание. Перспектива умышленного выбора малозначащего проекта показалась Крису забавной; она создала благодатную почву для развития "отдыхающей" части, части "с чувством юмора", "беззаботной части" и иных частей, противостоящих его прежнему "окостеневшему" поведению.

Д70

Вылавливание

Первичным условием развития комплементарных частей, или противоположностей, которые, как правило, лежат в основе личности, является их "вылавливание". Данная метафорическая стратегия помогает осознать существование недоразвитых частей индивидуальности, которые стоят того, чтобы их развитию уделили больше внимания. Терапевт может обратиться к поиску, в ходе которого мы узнаем о себе много нового. Больше всего пользы из этой стратегии клиент извлечет в ходе формально

индуцированного транса. Совершенная клиентом в такой метафоре проекция значений на общие ("относящиеся к процессу") внушения гарантирует персонализацию опыта, одновременно содействуя открытию внутренних ресурсов, которые затем можно будет использовать в терапии.

"Иногда люди, обращающиеся к терапевту, знают, что им предстоит научиться чему-то важному... совер- шить действительно важное открытие... которое подарит им множество впечатлений... сильных, позитивных впечатлений... таких, которые становятся уделом человека, исследующего неизвестное ему место... возможно, ты тоже сможешь припомнить впечатления, связанные с поисками.. мне вспоминаются озеро, скалы, ущелья, рядом с которыми я жил и которые я обследовал, будучи ребенком... возможно, ты тоже помнишь место своих детских '(экспедиций"... и удовольствие, испытанное после открытия новых, чудесных вещей... вещей, изменивших твой образ восприятия... исследование жхе собственного внутреннего мира является столь лее захватывающим, как и исследование окружения... исследование самого себя, которого ты так хорошо таешь., тех час/пен... которые ты замечаешь и ежедневно используешь... частей, ответственных за общественные контакты... за чувства... в тебе присутствует множество иных частей... но твое сознание не полностью отдает себе отчет в их существовании... но зато они присутствуют в твоем подсознании... и если ты представишь себе конкретную ситуацию... в которой у твоего сознания возникли бы сомнения... ты осознаешь существование совершенно новой части самого себя... которая могла бы отреагировать на эту ситуацию... части, которую лучше всего будет определить наиболее подходящим ей названием, и как ты ее назовешь.'... (клиент дает название)... и согласишься, что "X" является частью тебя самого?... и согласишься с тем, что ты склонен игнорировать эту часть?... и что можно представить себе иные ситуации, и которых часть "X" могла бы предложить идеальный ответ... можешь ли ты описать несколько таких ситуаций и способов реагирования на них части "X"?..."

Клиента склоняют к тому, чтобы он отправился в "научную экспедицию" в глубь самого себя с целью идентифицирования определенных частей собственной индивидуальности как осознаваемых им и знакомых ему, иных же (обесцененых) — как неосознаваемых и неизвестных. Он также получает задание попытаться отыскать иные части, которые окажутся способными прореагировать на ситуацию. Интеракция между терапевтом и клиентом позволяет обсудить проблему природы и разнообразия различных частей индивидуальности. Д71

Техники "моста"

К техникам, пригодным для "вылавливания" отщепленных частей индивидуальности, относится группа "техник моста". Одной из них является техника "моста между чувствами" (Уоткинс, 1971), заключается и том, что клиент "перебрасывает мост" между чувством, ощущаемым в существующем контексте, и тем же чувством в прошлом контексте ("Заметь чувство... усиль его... и мысленно обратись к самому первому моменту, в котором ты испытывал эти же эмоции"). Другой стратегией является техника "соматического моста" (Араоз, 1985), заключающаяся в использовании осознания собственного тела с целью осознания всех подавляемых чувств ("Определи, что чувствует сейчас твое тело... сконцентрируйся на этом чувстве... пусть осознание собственного тела позволит тебе открыть нечто очень важное для тебя..."). Обе эти техники мягко и ненавязчиво позволяют клиенту открыть собственные внутренние ресурсы. Сосредоточение на ощущениях физической или же эмоциональной сферы извлекает на поверхность и делает доступным для терапии богатство ощущений и воспоминаний.

Применение формальной индукции транса было вовсе необязательным в отношении вышеназванных техник. Однако существует целый ряд основывающихся на гипнозе техник, доказавших свою высокую эффективность применительно к больным депрессией. Многие из них используют феномен регрессии. Это явление основывается на интенсивном использовании памяти; а поскольку совершенно очевидно, что именно заученные шаблоны составляют систему отношений у многих больных депрессией, индуцировать регрессию может оказаться весьма эффективным. Однако и здесь следует соблюдать осторожность, т.к. типичная для клиентов, страдающих депрессией, временная ориентация на прошлое заключает в себе момент риска: терапевт, сам того не желая, может укрепить дисфункциональный шаблон. Применение регрессии противопоказано в том случае, если пациент еще не сформировал позитивной ориентации на будущее. Д72

Позитивные ресурсы из прошлого

Стратегии, использующие регрессию, могут быть связаны с получением доступа к “позитивным ресурсам из прошлого”, которые годятся для использования в настоящем и будущем контексте. Данный процесс начинается гипнотической диссоциацией специфических частей индивидуальности клиента, которые время от времени заявляли о себе в его жизни. Затем эти части переносятся на повседневные ситуации, где они смогут сослужить хорошую службу клиенту. Короче говоря, у клиентов есть шанс поупражняться в ходе гипнотического сеанса в использовании собственных позитивных способностей в тех ситуациях, в которых они будут наиболее в них нуждаться. Нахождение в истории жизни клиента ценных умений дополнительно содействует росту его самооценки.

Д73

Воскрешение переживаний

Регрессия является также ядром гипнотической техники, называемой “воскрешением переживаний”, заключающейся в том, что пациент вновь переживает события прошлого (Япко, 1984). Воскрешение эпизодов, в которых некогда дело дошло до негативных генерализаций или же до познавательных деформаций заключает в себе максимальную возможность катализашш позитивных изменений (Бек и др., 1979). Данная стратегия призвана изменить внутреннюю репрезентацию того важного события, т.е. изменить то, каким образом оно было зафиксировано в памяти, а также выводов, извлеченных из него клиентом. Память “прорабатывается” таким образом, чтобы стало возможным извлечение новых выводов, делающих возможной лучшую адаптацию. “Проработка” может заключаться в каком-либо из приведенных ниже действий: освобождение подавляемых, сдерживаемых эмоций, направление внимания пациента на иное измерение памяти; облегчение клиенту доступа к тем внутренним ресурсам, которые он мог бы использовать в ходе воскрешения определенного опыта (что дает ему шанс контролировать то, что первоначально находилось за пределами его влияния); а также применение техник познавательной реструктуризации (Бек, 1983; Бек и др., 1979). Данные методы могут быть затем укреплены через индукцию транса. В таком “процессе преобразования критического инцидента” клиент вновь переживает важные события, которые на этот раз подвергаются терапевтическому решению. Когда память таким образом будет переработана (подвергнется переоценке), новые, позитивные чувства связанные с памятью и относящимися к ней измерениями собственной картины индивидуальности могут быть “восстановлены” и интегрированы с нынешними стереотипами функционирования пациента.

Д74

Изменения в биографии

Очередным динамичным процессом, базирующимся на процессе регрессии является проведение “изменений в биографии” (Грин-дер и Бэндлер, 1981) — эффективная универсальная техника, использующая некоторые принципы описанного выше “процесса преобразования критического инцидента”. Она заключается в возвращении загипнотизированного клиента к тому времени, к которому относятся его самые ранние воспоминания и в снабжении его структурированным набором значительных элементов жизненного опыта, которые будут поочередно “происходить”, чтобы пациент мог их “пережить” и обучаться на их основе. Это будет серия таких эпизодов, которые могут обеспечить клиенту позитивные генерализации относительно самого себя м своей жизни. Клиенту предлагается в ходе переживания внушаемых сценариев максимально полно использовать все аспекты каждого эпизода опыта (Лэнктон и Лэнктон 1983; Япко, 1984). Благодаря явлению дезориентации во времени, весь опыт прошлых месяцев и лет может уместиться в рамках одного гипнотического сеанса. Клиент может, к примеру, вновь ощутить, что у него есть отец, которого он потерял еще в детстве, повысить собственную самооценку благодаря значительным интеракциям, которых ему не удалось наладить в молодые годы и т.д.

Чтобы позитивные переживания были обобщены клиентом и перенесены из контекста гипноза в реальную жизнь многочисленные сеансы проведения “изменений в биографии” должны быть дополнены постгипнотическими внушениями. Терапевт может предположить, что “эти позитивные воспоминания могут стать базой для существующих будущих выборов; поскольку все люди принимают решения на основе своего прошлого опыта”. Очевидность данного утверждения позволяет клиенту безо всякого труда усвоить его. Амнезия может стереть некоторые детали воспоминаний, а тем самым расчистить место для позитивной генерализации, которая начинает активно руководить текущим опытом клиента.

Д75

Право голоса

Описанные выше стратегии в определенной степени используют индуцированные шаблоны

диссоциации, однако в определенных условиях более эффективной может оказаться диссоциация в чистой форме. Клиентке, страдающей депрессией, велели сознаться в расщеплении собственных чувств и в осознании собственной ситуации. Ей внушалась необходимость отыскать в себе часть, считаемую ею “негативной”, и часть “позитивную”. Эти части должны были отличаться чертами столь характерными, чтобы пациентка каждой из них могла отвести определенное место в своей психике.

Очередные внушения касались конкретизации этих частей, т.е. размещения их таким образом, который бы гарантировал клиентке лучший доступ к предпочитаемой ею части (вне зависимости от ранее существующих шаблонов). Благодаря надлежащей мотивации доминирующую позицию клиентка предоставила своей позитивной стороне, а негативная сторона заняла второстепенное место. Терапевт склонил ее ментально отделить одну часть от другой, чтобы, прежде чем прореагировать на определенную ситуацию, она могла выслушать интерпретацию каждой из частей (в форме слуховой галлюцинации).

Клиентке также внушалась мысль о том, что у нее есть возможность выбора между позитивными и негативными интерпретациями, в зависимости от того, какой ответ на данную ситуацию она посчитает лучшим. С помощью гипноза терапевт открыл ей события, которые расширили осознание потенциального влияния позитивной стороны. Положительные интерпретации событий до сих пор были лишены “права голоса”; по мере того, как клиентка училась правильно реагировать на позитивную часть своей индивидуальности, депрессия начала оставлять ее. Данный образец несет в себе структурное сходство с типичной для депрессии концентрацией исключительно на негативных аспектах опыта; однако теперь внимание пациента сосредотачивается на позитивных измерениях переживаемых событий, благодаря чему он начинает более уравновешенно относиться к жизни (ведь жизнь никогда не бывает абсолютно плохой или же абсолютно хорошей).

Д76

Экстернализация важных частей индивидуальности

Очередная универсальная стратегия основывается на экстер-нализации (проявлении вовне) важных частей индивидуальности, ни разу не проявленных клиентом. Существует множество способов использования этого механизма. Одним из них является так называемый “тренинг агрессии”, или “терапия провокации”, сводящаяся к тому, что у клиента, который подавляет в себе чувство злости, терапевт умышленно вызывает гнев, чтобы довести его до экстернализации этого чувства. Иные эмоции могут проявляться через выражение их клиницисту В особенности это касается чувств, вызывающих у клиента сильное смущение и стыд (Спигель, 1986).

Д77

Символическая встреча частей индивидуальности

Очередной стратегией, базирующейся на механизме экстернализации, является развитая Сатир техника групповой терапии, названная ею “символической встречей частей индивидуальности”. Клиент выбирает 6-12 вымышленных или реальных персонажей, воплощающих в себе важные для него черты. Это люди, по отношению к которым пациент чувствует либо большую симпатию, либо большую неприязнь. Клиент идентифицирует нравящиеся ему и ненравящиеся черты, причем количество позитивных и негативных персонажей должно быть одинаковым. Каждому участнику групповой терапии приписывается роль одного из персонажей, символизирующих перечисленные клиентом черты, и “встреча частей индивидуальности” может начинаться. В ходе интеракции члены группы неестественно “выпячивают” черты своих персонажей. Пациенту предоставляется случай пронаблюдать за различными частями индивидуальности. Видя их в новом для себя контексте, он получает шанс открыть их позитивные функции. В конце встречи все фигуры окружают клиента, который формально принимает каждую из них вместе с представляемыми ею возможностями.

Д78

Черное на белом

Еще одна группа техник, прибегающих к экстернализации, представлена популярными среди терапевтов стратегиями, рекомендующими ведение различного рода дневников и использование иных письменных заданий. К примеру, в когнитивном подходе предлагается высокоэффективная терапия, в ходе которой клиент выполняет различные письменные задания (ведет дневник мыслей, выполняет упражнения, направленные на выявление познавательных деформаций). Таким образом пациент переносит мысли из своего субъективного внутреннего мира на бумагу и видит их “черным на белом”, что позволяет ему проводить более объективный анализ. Экстернализация мыслей пациента сама но себе является вмешательством в патологические механизмы; а предоставление клиенту средств, с помощью которых он сможет выявить и исправить собственное нарушение мышления, разрушает

стереотип беспомощности. Варне (1980) описывает множество письменных стратегий, которые помогают клиенту оторваться от укоренившихся мыслительных стереотипов благодаря упорной практике “чистого мышления” как способа совершить интеграцию приобретенных важных элементов опыта.

Д79

Заменяющие симптомы

В некоторых случаях терапевт может решить применить стратегию, призванную лишь ослабить проявление симптомов. Если депрессия является следствием тяжелого физического заболевания (например, рака), прогнозы которого негативны, или же если страдающий депрессией человек по каким-либо причинам не может воспользоваться более интенсивной терапией, или же предполагается, что нет шансов на успешный исход такой терапии — можно подставить “заменяющие симптомы”. Проявления депрессии часто переносятся в сферу соматических недомоганий — более конкретных, более простых в определении и более легко принимаемых на интер- и интраперсональном уровнях.

Подстановка заменяющих симптомов заключается в контролируемом преобразовании эмоциональных страданий депрессии в физическую боль — незначительную и не нарушающую функционирование клиента. Данная стратегия была предложена Эриксоном (1954). Можно предположить, что соматические недомогания, являющиеся результатом депрессии, представляют собой спонтанное и неконтролируемое проявление того же самого процесса. Ключом к использованию данной стратегии является контроль над выбором места, в котором проявится подставленный симптом, что на определенном уровне дает клиенту ощущение господства над своей болезнью.

ВЫВОДЫ

Предположение, что диссоциация является процессом, который может приносить как пользу, так и вред, помогает сориентироваться, где и каким образом диссоциация может выполнять роль катализатора позитивных изменений в терапевтическом процессе. Значение диссоциации по достоинству оценивают многие терапевтические модели. Такой подход позволяет клиницисту лучше сориентироваться в том, к каким частям индивидуальности клиент может иметь доступ, а каких лучше вообще не анализировать (принимая во внимание их неуравновешенный характер). К примеру, усиление давних психических травм посредством сосредоточения внимания клиента на болезненных воспоминаниях в тот момент, когда больной депрессией и так слишком односторонне ориентирован на прошлое, без всякого сомнения повлечет за собой антитерапевтичный результат — хотя похоже на то, что это любимый метод большинства клиницистов. Доминирующей целью лечения остаются идентификация, развитие и интеграция комплементарных либо подавляемых частей индивидуальности, которые призваны служить обретению неизменного равновесия. Любая терапия предполагает работу с “частями” индивидуальности клиента; действия терапевта, однако, тогда оказываются наиболее эффективными, когда “надлежащие” части (т.е. те, которые являются основными для проблемы депрессии данного пациента) будут размещены в оптимальной конфигурации, позволяющей эффективно использовать внутренние резервы в различных жизненных ситуациях. Раздел 11

ОДИНОЧЕСТВО СРЕДИ ЛЮДЕЙ

Директивы, описанные в предыдущих разделах, помогают клиенту наладить контакт с собственной депрессиогенной системой ценностей и убеждений, а также с шаблонами поведения. Часть ответственности за проведение действий, необходимых для успеха терапии, лежит, естественно, на клиенте, который должен принимать активное участие в прерывании ограничивающих его шаблонов и замене их более гибкими. Однако нельзя сосредотачиваться лишь на внутреннем мире пациента, ведь мир — это также и другие люди — множество других людей. Одним из основных измерений опыта, описанных в третьем разделе, является измерение отношений, в котором обращается внимание на интерперсональные аспекты жизни личности. Это измерение касается всей общественной системы, в состав которой входит личность со всеми окружающими ее людьми, соединенными с ней определенными связями, пусть даже случайными и не очень прочными. Совершенно ясно, что в ходе интервенции упор делается на многозначительные связи, особо учитывающие шаблоны интеракций с сотрудником, детьми, супругом, родителями, близкими друзьями, начальством и другими лицами оказывающими большое влияние на жизнь клиента. Невозможно переоценить ту роль, которую играют другие люди в формировании образа восприятия мира конкретной личностью. Человек, как существо общественное, подвергается процессу социализации в ходе которого он усваивает знания, необходимые для полноценного участия в общественной жизни. Личность узнает, что ей можно, а чего нельзя, какие чувства можно выразить, а какие она должна оставить при себе и — что самое важное — учиться исполнять ожидания, касающиеся каждой из выполняемых ею общественных ролей.

Социальная психология располагает обширным материалом, касающимся общественных ролей и поведенческих норм, обязательных для различных контекстов. Следует лишь сожалеть, что отдельные ветви психологии слабо связаны друг с другом, т.к. точка зрения каждой из них могла бы содействовать лучшему, более унифицированному пониманию сил, детерминирующих форму человеческой жизни. Так или иначе, согласно принципам социальной психологии, акцентирование интерперсональных измерений опыта позволяет терапевту лучше рассмотреть возможность интервенции в установленную социальную систему, что в свою очередь прокладывает путь позитивным изменениям, происходящим с представителями этой системы. Следует принять во внимание то, что все, что происходит на индивидуальном уровне опыта, оказывает большое влияние на всю систему, включая сферу интерперсональных связей. Отсюда, лица, совместно с клиентом создающие общественную систему, прямо или косвенно влияют на укрепление или ослабление стереотипов субъективного опыта.

В этом месте стоит вернуться к упомянутому в девятом разделе случаю биржевого маклера, погрузившегося в глубокую депрессию. Адам, человек интеллигентный и чувствительный, воспринимал свое окружение как враждебно настроенное по отношению к нему. Ему казалось, что другие критически к нему относятся: причину этого он видел в отсутствии постоянной работы и — как следствие этого — в собственной бесполезности. Вследствие парализующих Адама приступов депрессии его жена и старшие дети постепенно взяли на себя ответственность за содержание семьи. Опасаясь, что состояние Адама может ухудшиться еще больше, и стремясь оградить его от стресса, родные начали оберегать его от участия в принятии решении, и тем самым — не желая того — они оградили его от семейной жизни. Однажды Адам так описал свое положение: “Я всего-навсего восковая фигура, украшающая помещение” — в этой фразе нашло свое выражение чувство изолированности и бесполезности.

Данный шаблон детально описывался в бихевиористской литературе, затрагивающей проблему депрессии. Крайне негативная позиция больного становится причиной того, что окружение начинает с трудом выносить его общество. Благие намерения окружения в конце концов исчерпываются, и даже те, кто искренне желал помочь, разочарованные и раздраженные, отворачиваются от него. В такой ситуации человек, страдающий депрессией, получает дополнительную пищу для своей низкой самооценки, он чувствует себя не только некомпетентным, но и нелюбимым. Еще один проблемный аспект интерперсональных отношений больного заключается в том, что поддержка окружения в период обострения депрессии может обозначать для него награду. Демонстрируемые окружением заинтересованность, участие и т.п. в результате могут укрепить депрессивные шаблоны. Без сомнения, одни шаблоны интеракций функционируют лучше и являются более значимыми, нежели иные; а поэтому иногда случается, что схемы, управляющие отношениями клиента с окружением, вызывают (или поддерживают) депрессивные эпизоды. (Это является основным принципом интерперсональной модели депрессии). Однажды установленные системы отношении характеризуются необыкновенной стабильностью. Для ее поддержания интеракции становятся все более ритуализированными. В отношении личности выдвигаются требования, касающиеся того, какой ей следует быть; давление связанное с принуждением придерживаться соответствующего поведения, бывает очень сильным. Если эти требования столь сильно укрепились в общественных канонах, что человеку даже в голову не приходит поставить их под сомнение, критицизм исчезает, и личность, сама того не осознавая, поддается навязываемым ей правилам поведения. Далеко не всегда бывает легко определить, откуда взялись эти требования. Иногда совершенно очевидно, что их сформулировало какое-то важное для пациента лицо; однако иногда личность открывает для себя, что, руководствуясь в отношении окружающих определенными принципами, она сама навязала себе связывающий ее стандарт. Но в любом случае в общественной системе, в которой функционирует человек, вырабатывается четкое равновесие, и все попытки модифицировать установленные стереотипы встречают на своем пути сильное сопротивление. Как уже упоминалось, изменение, происходящее в одном из элементов системы, неукоснительно влечет за собой потребность в преобразовании остальных с целью достижения нового состояния равновесия. Изменение какого-либо механизма, касающегося данной личности зачастую оказывается делом необыкновенно трудным; еще труднее бывает модифицировать стереотипы у лиц, не принимающих активного участия в процессе трансформации, а лишь приспосабливающихся к новоопределенным отношениям. Проявляемая членами семьи осторожность иногда интерпретируется как “сопротивление” и может походить на непосредственные или косвенные попытки саботирования усилий клиента.

Умение справляться с интерперсональными последствиями шаблонов, управляющих поведением личности, представляет собой неотъемлемую часть жизни. Интерперсональное измерение следует принять во внимание особенно при работе с больными депрессией.

Наиболее распространенными и одновременно с этим наиболее серьезно нарушающими взаимоотношения являются следующие шаблоны: борьба за власть (т.е. открытое либо же закамуфлированное стремление перехватить контроль в существующем союзе), эгоистическая манипуляция, чрезмерная зависимость, слишком расплывчатые или слишком строгие границы между сторонами отношений, явные или скрытые образцы отвержения или же высмеивания, а также вербальные либо физические злоупотребления, выраженные в любой форме. Терапевт, верно оценивающий роль интерперсональных стереотипов в жизни клиента, скорее всего, столкнется с ними и предстанет перед необходимостью интервенции. Перед тем, как представить очередные директивы, которые могут оказаться весьма полезными в работе с людьми, страдающими депрессией, автор предлагает рассмотреть несколько ключевых вопросов “контроля” и “ответственности” (которым были посвящены предыдущие разделы) под углом их включения в интерперсональную сферу. Уточнение этих вопросов является условием правильной интервенции во всех измерениях, позволяющей достичь максимального улучшения состояния здоровья клиента.

ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЧУВСТВА КОНТРОЛЯ В ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ

Когда человек чего-то желает, он начинает к этому стремиться. Когда то, чего он хочет, зависит от других людей — либо от одного конкретного человека — появляются попытки контролировать окружение. Сами по себе ожидания, направленные на других, трудно назвать патологическими — потребность в любви, признании, поддержке представляется вполне естественной. Проблемой может стать степень интенсивности проявления этих потребностей и тактики, применяемые лицом для удовлетворения этих потребностей. К примеру, чувство собственной значимости у некоторых лиц напрямую зависит от чувств и действий окружающих, причем на невыполнение своих ожиданий они реагируют депрессией. Вот тому пример.

Одна женщина обратилась за помощью к терапевту по причине мучившей ее острой депрессии. Прослеживалась явная связь между болезнью и решением ее сына начать изучать биохимию (а не медицину, как того желала мать). Пациентка взволнованно высказывалась о неуважительном отношении сына к ее материнским чувствам и о постигшем ее ужасном разочаровании. Женщина рассказывала о том, как она с ранних лет пыталась подготовить его к медицинской карьере, и какое страшное предательство она пережила, когда сын растоптал все ее надежды. Очевидно, что эта женщина стремилась взять на себя контроль над жизнью своего сына; к счастью, он оказался сильной личностью, и чувствовал себя достаточно компетентным, чтобы самостоятельно принять такое важное решение. Предпринятые его матерью попытки возбудить в нем чувство вины никак не повлияли на него, что позволило пациентке осознать собственную неспособность контроли- ровать жизнь сына. В данном случае терапия была призвана помочь пациентке принять тот факт, что ее сын имеет полное право самостоятельно принимать решения, касающиеся его жизни. Терапевт должен был помочь ей осознать что сопротивление сына оказалось доводом его способности рассудительно принимать решения и отвечать за их последствия. Первый шаг терапии был направлен на переоценку: “Ты была ему прекрасной матерью, ведь твой сын стал человеком знающим, кто он и чего он хочет!” Женщина никогда не смотрела на это с подобной перспективы и изменение перспективы значительно облегчило дальнейший ход лечения.

Еще один пример. Женщина планировала провести выходные с мужчиной. Они встречались время от времени. Эта поездка была призвана удовлетворить ее потребность в близости с другим человеком. Она плохо переносила одиночество и, несмотря на отсутствие близких отношений с этим мужчиной, женщина надеялась по крайней мере приятно провести время. В глубине души, однако, она лелеяла надежду, что ей удастся привязать партнера к себе, и предполагала, что удачный уик-энд укрепит их связь. Действительно, уик-энд прошел удачно. Она восторженно вспоминала “праздник страсти”. Однако вскоре место радости заняли горечь и депрессия — мужчина после проведенных совместно выходных не подавал никаких признаков жизни. Женщина была уверена, что он позвонит и поддержит (иллюзорную) близость; когда же этого не произошло, пациентка поняла, что все ее надежды рухнули. Когда ей в конце концов подвернулся случай переговорить с ним и высказать все свои упреки, он лишь холодно заметил, что уже при первой встрече дал ей понять, что не намерен строить с ней прочную связь. Терапия должна была помочь женщине вновь определить собственные принципы и ожидания, чтобы она могла пересмотреть свое идеалистическое отношение к окружающим и видеть людей такими, каковыми они являются в действительности. Мужчина был честен с ней с самого начала, а причиной страданий стало открытие, что она не может манипулировать им, применяя тактику соблазна. Даже ее слезы и отчаяние не произвели на него впечатления. Концентрируясь исключительно на собственных

желаниях и ожиданиях, клиентка перестала замечать действительное измерение ситуации — что совершенно типично для депрессивных состояний.

Сопутствующие депрессии (являющейся следствием неудавшихся попыток контролировать события, остающиеся за пределами сферы влияний клиента) внутренние эмоциональные колебания возникают в результате амплификации гнева, чувства вины, разочарования, эмоциональной изолированности и иных чувств, которые иногда выходят наружу в отношениях с другим человеком. В первом из приведенных выше примеров мать, типичным для страдающих депрессией образом, сконцентрировала свою злость и разочарование на личности сына, который, не будь он таким уравновешенным молодым человеком, мог бы почувствовать себя виноватым и поступить согласно желаниям матери. Второй пример касался клиентки, которая пыталась достичь исполнения своих желаний и надежд, манипулируя женской привлекательностью. Когда же объект ее стараний остался равнодушен к ее действиям, женщину охватили злость и разочарование. Если бы этот мужчина почувствовал себя ответственным за ее хорошее самочувствие или за удовлетворение ее желаний, он мог бы впутаться в изначально деструктивный союз. Подобные случаи автор называет “инструментальной депрессией”, т.е. такой, в которой с самого начала проявляется тенденция к манипуляции. Депрессия в таком случае становится тактикой направленной на принуждение пойти на уступки, не считаясь с эмоциональной ценой такого шага (т.е. чувством вины, страхом, страданиями), которую должен заплатить другой человек. Шаблон “дай мне то, чего я хочу, чего бы это тебе не стоило” нарушает первоочередное условие здоровых и позитивных отношений между людьми: признание за собой права принимать самостоятельные решения. Коли человек предполагает, что он сможет лучше оценить, что нужно его партнеру — скорее всего дело дойдет до борьбы за контроль, борьбы, в которой нельзя одержать победу.

Инструментальная депрессия также может оказаться следствием мнения о том, что демонстрация депрессивных стереотипов может быть вознаграждена, т.е. переживаемое угнетенное состояние влечет за собой позитивные результаты. Автор позволит себе прибегнуть к несколько комическому примеру: почти на каждом приеме найдется посетитель (чаще всего это мужчина), производящий впечатление несчастного и потерянного человека. И почти всегда находится какая-нибудь сердобольная дама, пытающаяся развеять грусть этого бедолаги. Очень редко такой мужчина уходит с вечеринки в гордом одиночестве. Депрессия вознаграждается...

Зависимость между депрессией и несоответствиями, касающимися интерперсонального аспекта совокупности проблем, связанных с “контролем”, можно рассматривать исходя из выполняемых общественных ролей. Роль данного человека в значительной мере предопределяет ожидания, которые, по его мнению, имеются на его счет у окружения. К примеру, от учителя ожидается, что он будет препода- вать, объяснять, отвечать на вопросы и т.д. Примечательно, что депрессия часто является следствием нереалистичных ожиданий в отношении другого лица, которые идут вразрез с его видением личных обязательств. Если человек оказывает на кого-то давление, стараясь склонить его к собственному взгляду относительно обязательств, приписываемых данной роли, дело доходит до неизбежной “борьбы за влияние”, которая с ходом времени приобретает все более устойчивый характер. Тем более сильной оказывается горечь поражения. Даже то, что некоторым может показаться победой, в сущности является поражением, потому что более слабая сторона уступает лишь для того, чтобы ее оставили в покое, в действительности она не принимает навязываемых ей взглядов, а лишь капитулирует над давлением противника, что не может полностью удовлетворить “победителя”. Вот очередной пример. Супружеская пара обратилась к терапевту но причине непрекращающихся споров по вопросу, вызывающему у обоих супругов чувство угнетенности и раздражительности Первой взяла слово женщина- “Мне 33 года. Нашим сыновьям — 9 и 11 лет. Чтобы заняться их воспитанием, я отказалась от работы. Сейчас они уже подросли, большую часть дня проводят в школе, и я им нужна гораздо меньше. Мне бы очень хотелось вернуться на работу”. Тут вмещался ее муж" “Моя жена не будет работать, скорее я с ней разведусь!” Доведенная до отчаяния жена выкрикнула: “Сделайте же с ним что-нибудь1” Мужа попросили представить свои доводы, в ответ он лишь смог выдавить из себя что-то вроде: “А если кто-нибудь из мальчиков заболеет и медсестра позвонит нам, кто поднимет трубку?” Когда терапевт начал анализировать его иррациональное сопротивление, мужчина постепенно открыл свое опасение, если его жена пойдет на работу, она встретит другого мужчину, влюбится в него и отправится вслед за своим избранником в синие дали

Если подойти к данной ситуации, учтя вопрос контроля, общественных ролей и касающихся их ожиданий, будет нетрудно заметить, что муж располагал хорошо определенным, но совершенно негибким комплексам ожиданий, касающихся поведения, которое пристало “жене” и “матери”. “Жена”

для него означало “женщина подчиняющаяся”, а “мать” — “круглосуточное опекунство”. Все, что угрожало его видению мира, например, стремление его жены самореализоваться — возбуждало в нем гнев, раздражительность и депрессию. И поскольку решение вопроса затягивалось, все эти чувства лишь нарастали. Его ощущение нависшей угрозы выражалось в попытках контролировать жизнь жены, что еще раз подтверждает описанное ранее правило: чем меньше уверенность в себе конкретного человека, тем активнее его попытки подчинить своей воле окружающих.

Подобный тип стереотипов принятия на себя контроля проявляется во множестве различного рода интеракций. Попытки заставить другого человека бросить пить, перестать флиртовать или же тратить деньги; заставить его переживать оргазмы, быть милой, внимательной и т.д. требуют огромного количества энергии, но имеют мало шансов на успех. Большинство описанных в данном разделе стратегий призвано показать, что человек не может контролировать других, и что чем скорее он это поймет и примет, тем скорее он разорвет замкнутый круг, приводящий в движение злость, раздражительность и депрессию. Совершенно очевидно, что тенденция к манипулированию другими с целью удовлетворения собственных потребностей присутствует в каждом союзе, и вовсе не она составляет предмет наших рассуждений Проблема появляется в тот момент, когда человек начинает верить, что другие люди исполнят его желания, в то время как они просто не в состоянии удовлетворить его потребности Иногда эта неспособность объясняется тем, что у человека, от которого требуется поведение определенного рода своя, отличная система ценностей, и он не видит необходимости в том, чтобы понапрасну тратить энергию на приспособление к бессмысленному, по его мнению стереотипу. Случается также, что отсутствие необходимого опыта не позволяет стороне продемонстрировать требуемое поведение. Рассмотрим следующий пример

Сорокалетний юрист, страдающий депрессией, обратился за помощью к терапевту. Несмотря на счастливый брак, хороших детей, прекрасный дом и процветающую практику, он мучился от низкой самооценки и убежденности в том, что он, как человек, ничего из себя не представляет. В ходе беседы он признался, что всегда сомневался в собственных способностях. Когда терапевт слышит, что кто-то никогда не мог что-то сделать либо что-то ощутить, для него становится ясна необходимость обратиться к истории семьи пациента В данном случае клиент описал холодного, критически настроенного, бесчувственного отца, которого, как он ни старался, ему так и не удалось никогда удовлетворить Он был послушным ребенком, но отец его ни разу за это не похвалил. Из школы он всегда приносил хорошие отметки, не ввязывался в драки, помогал по дому — но он никогда не получал от отца того, что так важно для каждого ребенка — любви, признания и взаимности чувств Если в детстве мы ни в чем не нуждаемся, мы воспринимаем это как вполне естественное явление. Однако если личность в период взросления лишена какого либо важного аспекта интерперсо- нальных отношений, она отчаянно старается как-то компенсировать этот недостаток. В случае данного клиента стремление получить признание отца стало навязчивой идеей и — отчасти осознанно, отчасти бессознательно — пациент сделал ее главным двигателем своих жизненных продвижений. Школу он закончил с отличием, но это не произвело на его отца никакого впечатления, равно как и его успехи в университете. Идя по стопам родителя, он выбрал профессию юриста, но и это оставило его отца безучастным. Но вот диплом в кармане, и сын решает начать работать вместе со своим создателем. Однако отец уходит на пенсию и продает сыну свою частную практику. Первым, что он сделал в новоприобретенной фирме, стала компьютеризация офиса, т е. повышение уровня обслуживания. Когда он пригласил отца, чтобы с гордостью продемонстрировать ему свои нововведения, тот растоптал ею своим саркастическим замечанием: “Мне, чтобы быть хорошим адвокатом, не нужен был компьютер. Я вижу, ты далеко не лучший в этом деле, раз не в состоянии самостоятельно справляться с профессиональными обязанностями”.

Слушая, как этот компетентный, чувствительный мужчина описывал одно разочарование за другим, невозможно было не заметить, что он интроецировал реакции отца, воспринимая его замечания как довод своей бездарности. Ему никогда не приходило в голову задуматься о характере своего отца. Такое отсутствие критицизма встречается иногда и у совершенно взрослых детей. Человек, отчаянно защищающий свои позиции, не способен атаковать. Автор попросил клиента назвать три вещи позитивно оцененные его отцом. Пациент около пятнадцати минут ерзал в кресле и в конце концов, не найдя ответа, разразился плачем. В этот момент не составило труда доказать ему, что причина всех его проблем крылась не в его бездарности, а в нарушенном первоисточнике обратной информации, поставляющем исключительно негативные сообщения. Можно сказать, что он просил отца о том, чем тот не располагал — о признании. Требовать от кого-то признания (сочувствия, любви, ответственности и т.д.) — значит предполагать, что второй человек может нам это дать. За ошибочную оценку ситуации

можно дорого заплатить. Люди, сосредоточенные на внутренних нарушенных ожиданиях, полагают, что окружающие скупятся дать им то, что они считают для себя самым ценным, и в результате впадают в депрессию. Терапевт в таком случае должен поставить под сомнение данное утверждение, и прямо спросить: “Ты полагаешь, что этот человек может предложить тебе признание, в котором ты так нуждаешься. А на каком основании ты полагаешь, что он располагает тем, в чем ты нуждаешься?”

Развенчивание нереальных надежд на то, что окружающие способны предоставить или сделать определенные вещи — одна из основных задач терапевтической интервенции на интерперсональном уровне. Клиент должен осознать, что возможности людей ограничены, и то, что может походить на демонстрирование личного нежелания, в действительности оказывается доказательством отсутствия данной черты или умения. Однако лицо, страдающее депрессией, видит во всем этом довод собственного бессилия и неумелости. Когда человек оказывается способным более объективно оценивать возможности других, он перестает персонализировать чужие недостатки. Усилия, направленные на взятие на себя контроля над реакциями окружения, обессиливают личность и она зачастую становится объектом для насмешек со стороны окружения. Таким образом, человек полностью утрачивает влияние на собственную самооценку; он обречен на непрерывные взлеты и падения, в зависимости от различных реакций окружения, которые возникают в ответ на буквально каждое действие. И лишь высокая степень индивидуальности гарантирует личности удержание контроля над собственной самооценкой. Манипулировать же реакциями других просто - напросто невозможно.

Люди, страдающие депрессией, сосредотачивающиеся главным образом на своем внутреннем мире, совершают это ценой четкого осознания внешнего мира. В интерперсональном измерении этот принцип сводится к тому, что страдающие депрессией не способны объективно оценивать чужие возможности. Задача терапевта заключается в том, чтобы научить пациента правильно определять, кто может удовлетворить его потребности, а кто нет.

ДИРЕКТИВЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ВОПРОСОМ КОНТРОЛЯ В ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ

Предполагается, что применяя нижеприведенные директивы, терапевт будет использовать клинический контекст, т.е. будет основываться на интеракциях клиента с окружением. Д80

Повторное определение ролей

Слишком узкое определение выполняемых общественных ролей, учитывая негативные для клиента последствия, нуждается в терапевтической интервенции. Если источником депрессии является болезненное переживание клиентом лежащих на нем обязанностей, терапевт может предложить стратегию, заключающуюся в “повторном определении ролей”. Она предоставляет пациенту возможность еще раз обдумать круг своих обязанностей. Ему, к примеру, рекомендуется дефини-ровать определенную роль (матери, отца, начальника, подчиненного) с детальным выведением того, что следует делать, чтобы надлежащим образом исполнять эту роль. Затем пациент уточняет, чего не следует делать, выполняя эту роль. Задание может выполняться как устно, так и письменно. Терапевт должен обратить внимание на систему ценностей, которой руководствуется пациент, приписывая общественным ролям определенные “обязанности”, и обсудить с ним эту проблему. Наконец, клиент должен вернуться к своему обычному окружению и предпринять какое-нибудь несущественное действие, идущее вразрез с поданной прежде дефиницией собственной роли. В результате он может открыть, что ограничивает его не роль, а собственная интерпретация связанных с данной ролью требований. В дополнение к этому клиент должен поупражняться справляться с реакциями (удивлением, критикой) окружения на его новое поведение.

Д81

Разрыв стереотипов

В рамках очередной стратегии клиенту можно представить метафору, затрагивающую проблему собственного развития и облегчения, наступающего после “разрыва стереотипов”, касающихся данной роли. Множество таких метафор предоставляют бесчисленные примеры общественных перемен, происходящих благодаря людям, осмеливающимся выступить против консерватизма установленных норм. Укоренившиеся в людях предубеждения относительно расы, возраста, пола и т.д. размещают всех в определенных категориях и формально благословляют такое положение вещей. Прогресс является “побочным продуктом” антиконформизма. Примером этого шаблона является следующая метафора:

“Я расскажу тебе об одной клиентке, с которой мне сейчас приходится работать... она обучается определенным вещам, которые и для тебя могут оказаться очень палеными и принести тебе освобождение... девушке всего пятнадцать лет... а ее проблема стара как мир... она живет с матерью и отчимом... девушка очень интеллигентна, деятельна и полна энергии., она необыкновенно

восприимчива... особенно к тому, что о ней думают окружающие... ее отчий придерживается старосветских взглядов... он считает, что место .женщины — дома... что она должна быть хорошей женой... воспитывать детей... убирать стирать... и выполнять все так называемые “женские обязанности”... согласно тому, что он включает в понятие “роль женщины”... но его падчерица активна, ее интересует внешний мир., она мечтает о профессиональной карьере... учится на отлично... но отчим не обращает на это внимания... а когда девочка рассказывает о своем успехе на уроке английского языка... он ее не слушает... а когда она подает ему для прочтения свои письменные работы... у него не оказывается на это времени... но зато он очень радуется, когда она испечет ему пирог... любит, когда девочка массирует ему спину... и когда занимается тем, “чем следует заниматься девочкам”... а она очень часто чувствует себя скованно в его обществе... ее желания расходятся с его ожиданиями... что ты думаешь об этой ситуации., считаешь ли ты, что ей следует быть послушной дочерью и во всем слушаться отца ...или Ж'е она должна стремиться к собственным целям... даже если для этого ей придется отказаться от роли послушной дочери... и может быть тебе станет легче, когда ты узнаешь, что она сама принимает решения... и что она осознает, что единственное, с чем ей предстоит справиться, — это ее собственные ожидания... какое же это облегчение...”

Данная метафора показывает, что общественные роли и связанные с ними ожидания могут ограничивать личность и стать источником конфликтов; она также внушает, что свобода заключается в самостоятельном построении собственной жизни, вне зависимости от ожидании окружающих. Данная метафора затрагивает вопрос получения чьего-то одобрения ценой отказа от собственных взглядов и потребностей. Д82

Король на один день

Способом преломления схемы стереотипных ожиданий в отношении окружающих лиц может быть экстернализация этих требований, совершенная, к примеру, при помощи стратегии “король на один день”. Одно из лиц, участвующих в отношениях, становится “королем” на один день, в то время как другое — “рабом”. Это задание, на первый взгляд, может показаться игрой, однако очень быстро участники начинают относиться к нему серьезно, что, как правило, ведет к бунту “раба”. “Король” начинает понимать, что он не может контролировать волю “раба”, а тот в свою очередь убеждается в том, что сколько он ни старался удовлетворить другую сторону, “господин” все равно останется недоволен. Все это представляет собой важную информацию о необходимости в большей селективности в отношении стремления к удовлетворению чужих потребностей и ожиданий. Затем стороны меняются ролями, для того чтобы участники выполнения задания смогли сделать выводы из обеих позиций. Когда человек испытает обе крайности, ему будет легче достичь равновесия между деятельностью, приносящей пользу лично ему, и реагированием на требования окружающих.

Д83

Вежливая просьба о разрешении

Принимая во внимание большую потребность в получении одобрения, характерную для лиц с низкой самооценкой, терапевт должен располагать стратегией, прерывающей данный шаблон и облегчающей достижение самоутверждения. Одной из техник применяемых в данных ситуациях, является стратегия, использующая симптомы клиента; она предлагает применить “вежливую просьбу о разрешении”. Данная стратегия предполагает, что пациент будет просить окружающих разрешить ему выполнить любое, даже самое незначительное действие, (например: “Могу я здесь присесть?”). Стремление получить одобрение доведено здесь до абсурда, клиент должен получить согласие окружающих на выполнение им любого, даже самого простого задания (например, сходить за хлебом, воспользоваться туалетом, по- смотреть телевизор, лечь спать). Таким образом патологический стереотип пациента максимально интенсифицируется, а необходимость в постоянном подтверждении личных потребностей быстро становится обременительной и начинает восприниматься негативно. На подобное поведение клиента окружение, как правило, реагирует следующим образом: “Почему ты задаешь мне такие глупые вопросы? Делай, что хочешь1” Возмущаются даже те, которые всегда укрепляли в пациенте шаблон зависимости. Пациенту предоставляется случай убедиться в том, что чрезмерный поиск одобрения является мучительным не только для него самого — тяжелому испытанию подвергается терпение окружающих. В результате возникает сильная внутренняя ассоциация, касающаяся стремления получить одобрение, позволяющая выявить зти тенденции и соответствующим образом модифицировать их. Применяя эту стратегию, следует помочь клиенту сконструировать внутреннюю систему отношений. Придание большей ценности собственным потребностям является основным условием замены “ориентации на окружающих” “ориентацией на самого себя”, способствующей удовлетворению собственных потребностей.

Д84

Сделать зависимым окружение

Данная стратегия является в некоторой степени противоположностью предыдущей. В ней применяется тактика “постановки в зависимость окружения”, в которой члены общественной системы клиента получают следующее задание: всякий раз, когда они захотят что-нибудь сделать, они должны просить у пациента разрешить им сделать это. Обязанность постоянно принимать решения за других в каждой, даже самой обычной ситуации, быстро станет тяжким бременем. Появится — совершенно обоснованное — чувство, что лучше разрешить окружающим самим принимать решения относительно их личных дел, нежели стремиться взять на себя контроль над их жизнью.

Без сомнения, с потребностью в одобрении связан страх быть отвергнутым. Когда самооценка человека находится в полной зависимости от одобрения его окружающими, он предпринимает отчаянные усилия, чтобы удовлетворить всякого, кто имеет какое-либо отношение к его жизни. Его существование становится кошмаром. Если бы такой человек смог решиться на конфронтацию, акцент на поиске одобрения скорее всего значительно бы уменьшился.

Д85

В поисках отвержения

Данная стратегия помогает клиенту развить механизм, позволяющий ему справляться с отвержением. Клиент занимает определенную позицию относительно дела, не затрагивающего его лично, после чего он идентифицирует группу людей, стоящих на противоположной позиции, и просит их оказать материальную поддержку его делу. Например, клиент, окончательно не определивший своего мнения о гомосексуализме, может принять сторону партии, отстаивающей права геев и обратиться за поддержкой к костелу Фундаменталистов. Или же он может отстаивать государственную программу поддержки развития промышленности и обратиться по вопросу сбора пожертвований в партию Зеленых. Таким образом клиент эмпирически убеждается — прибегая к ситуации, не затрагивающей лично его — каковыми являются источники отвержения. Он узнает, что каждый осуждает других на основе собственных суждений и взглядов. Одобрение можно получить, лишь приспосабливаясь к чужим взглядам и убеждениям, отвержение же является следствием отсутствия подчинения. Клиницист должен помочь клиенту понять, что, подобно тому как группы людей отвергают взгляды, противоречащие их убеждениям, отдельно взятые личности ведут себя точно также. Таким образом, клиенту сообщается, что его убеждения не становятся менее ценными лишь потому, что их отвергает окружение.

Человек, не лучшим образом оценивающий других, подвергается опасности вовлечения в деструктивные, депрессиогенные отношения. Утверждение, что человек, страдающий депрессией, как правило, погружен в свою внутреннюю жизнь, влечет за собой следующий вывод: внешнему миру, а следовательно, и окружающим его людям он уделяет минимум внимания. Отсюда вытекает очередное утверждение: такой человек полагается на собственную систему отношений более, нежели любой другой человек — т.к. он предполагает, что его ощущения, переживания не отличаются от впечатлений окружающих его людей. Когда же он, наконец, начинает понимать, что другие чувствуют иначе, что они отдают предпочтение иным ценностям, это “прозрение” проходит для него весьма болезненно. (Данную директиву в клиническом контексте иллюстрирует случай 4 в “Приложении”).

Д86

Оценивание других

В описанной выше ситуации можно применить следующую директиву: клиент получает задание максимально точно определить переменную, принимаемую им во внимание при “оценке других”. Данная директива может оказаться особенно полезной клиенту, который не способен распознавать важные шаблоны, присутствующие у других людей, что в свою очередь негативно влияет на всю его жизнь. Клиент часто понятия не имеет о том, на чем основывается такая оценка, и отвечает примерно так: “Я сужу о них, основываясь на том, как я сам чувствую себя в их обществе — хорошо или плохо”. Терапевт должен обратить внимание клиента на негативные последствия такого отсутствия объективных методов оценивания лиц, окружающих нас. Тем самым провоцируется дискуссия на тему иных критериев, которые можно принять во внимание, формулируя мнение об окружающих нас людях. Такими существенными критериями являются: то, каким образом личность справляется с проблемами ответственности, принятия неизбежных различий, чувства долга; умение решать проблемы, способности принимать обратную информацию и знание самого себя (т.е. личных потребностей, ценностей и мотивации). Предоставление клиенту набора определенных критериев оценивания людей, вместе с конкретными примерами таких шаблонов подводит к изменению типа ответа клиента на окружение: на место глобального ответа приходит ответ, значительно лучше дифференцированный. Приобретя

необходимые инструменты для оценки чужих возможностей и не осуждая людей на основе такого субъективного показателя, как собственное самочувствие, клиент может избежать вовлечения в не имеющие будущего, деструктивные отношения. Когнитивная деформация, называемая "эмоциональным рационализмом", заключается в том, что человек руководствуется в своих действиях исключительно собственными ощущениями. Определенные утверждения принимаются как абсолютно верные только потому, что соответствуют впечатлениям данного лица ("Я чувствую себя нелюбимым, а следовательно, меня не любят"). Проблема заключается в том, что чувства легко поддаются манипуляциям, а поэтому они не являются адекватным отражением текущего события. Этот тезис можно подкрепить достаточно очевидным примером: вспомним, как легко Голливуд манипулирует нашими чувствами, создавая сцены и диалоги, "попадающие точно в сердце" и способствующие тому, что мы хотим смотреть все больше и больше.

Клиенту, убежденному, что он может получить от людей желаемое (одобрение, поддержку), следует раскрыть глаза: сам факт, что он чего-то желает, вовсе не означает, что другие могут ему это дать. Если за спиной у пациента горький опыт, напоминающий ему о том, что его потребности не были удовлетворены, возникает потребность в стратегии, которая поможет ему понять, что проблематичными были не его желания, а, скорее, неспособность другого лица исполнить их. (См. "Приложение", случай 3).

Д87

Просить о невозможном

Данная стратегия заключается в склонении клиента "просить о невозможном". Пациент должен посещать знакомых и просить у них дать то, чем они заведомо не обладают: "Не мог ли бы ты одолжить мне на будущие выходные свою яхту?", "Не мог ли бы ты одолжить мне миллион долларов", "Не мог ли бы ты передать мне свою собственность на Гаваях?" Подобные просьбы, естественно, бессмысленны, но благодаря своей форме они помогают клиенту понять, что просить у людей вещи, которыми они не обладают, является полным абсурдом. Если терапевт сделает особый упор на то, чтобы клиент просил о чем-то так, словно он был полностью уверен в том, что другой человек действительно располагает этим — ему будет легко "подобраться" к убеждению клиента в том, что окружающие его люди жалеют отдать ему то, чем они обладают. Данное убеждение затем можно обсудить и переоформить в более рациональное ("Представь себе, как бы ты себя чувствовал, если бы был уверен в том: что этот человек действительно имеет миллион долларов и не хочет одолжить их тебе"). Здесь еще раз подчеркивается следующее правило: прежде чем человек поверит в то, что кто-то может удовлетворить его потребности, стоит убедиться, может или "этот другой" "поставить нужный товар". Если нет — нет смысла добиваться этого, разумнее всего будет отказаться от будущего разочарования. Если же клиент убедится в том, что другое лицо обла- дает желаемыми ресурсами и готово поделиться ими — тогда отпадает необходимость в использовании различных манипуляционных тактик для достижения собственной цели. Достаточно будет, если клиент оценит открытость другого лица и его готовность предоставить свои источники.

Описанные в данном разделе стратегии запланированы таким образом, чтобы — так или иначе — повлиять на возрастание чувства контроля клиента в границах позитивных отношений. Усилия, направленные на достижение более высокого самосознания и осознания других должны уступить место стремлению к формированию большей акцептации. Именно акцептация уменьшает потребность в контролировании других; а поскольку попытки овладеть окружением неукоснительно ведут к страданиям, стремление к акцептации кажется более целесообразным.

ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЧУВСТВА ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Нарушения, касающиеся чувства ответственности за текущие события (как внешние, так и внутренние) могут оказаться причиной совершения личностью неадекватных и дисфункциональных выборов во всех измерениях, особенно это относится к сфере интерперсональных отношений. Отсутствие четкого определения по вопросу ответственности — это открытые двери для деструктивных манипуляций и чрезмерной зависимости от других. Если человек не знает границ собственной ответственности, очень возможно, что он попытается взять на себя слишком мало либо слишком много ответственности. Интересным аспектом нарушения гомеостаза в вопросах чувства ответственности является то, каким образом люди достигают равновесия в отношениях. В том, случае, когда лицо проявляет тенденцию к уклонению от ответственности за собственную жизнь (т.е. принимает импульсивные решения, скорее реагирует, нежели действует, позволяет другим вмешиваться в его личные дела), необходимость в связи с кем-нибудь ответственным является совершенно очевидной. Если же кто-то чувствует себя чрезмерно ответственным за свою жизнь, он сам будет стараться

справляться со своими проблемами. Компетентность такого человека может оказаться весьма привлекательной для лица со слабо выраженной самостоятельностью.

Если этот “ответственный” окажется столь любезным, что возьмет нуждающегося под свое крылышко, он может “впутаться” в опеку над кем-то, кто не может или же не хочет сам о себе позаботиться. В таком случае шаблон чрезмерной ответственности четко прослеживается. Лицо чувствует себя обязанным заботиться о своем партнере. Чувство долга в отношении другого человека само по себе не является чем-то нездоровым; клиент, однако, должен осознавать, что принятие на себя слишком большой ответственности за других влечет за собой негативные последствия. Клиент, проявляющий чрезмерную ответственность за других, по мере того, как его партнер взваливает на его плечи все более тяжелый груз, подвергается все большему стрессу. Что способствует тому, что используемая сторона не уходит из такого союза? Лицо с чрезмерной ответственностью стремится все держать под контролем, а поэтому оно охотно использует возможность реализовать свои стремления. Более того, заботясь о ком-то, такой человек обретает цель в жизни, а также чувство, что он кому-то нужен — что может компенсировать его различные эмоциональные недостатки. И наконец, чрезмерная ответственность дает человеку возможность манипулировать, и если он ощущает некую надвигающуюся угрозу своему положению, он может принять позицию мученика и пригвоздить партнера патетической фразой: “Как мог ты сделать такое — и это после всего того, что я сделал для тебя?!”.

Ослабление в клиенте чувства чрезмерной ответственности может повлечь за собой драматические последствия. На первый план выдвигается проблема чувства вины: поскольку клиент перестает заботиться о вещах, которыми он привык заниматься, он уже не ощущает ожидаемого облегчения: его начинают мучить угрызения совести за то, что он не проявляет достаточной ответственности. Клиницист должен принять во внимание данную проблему и предупредить клиента о возможности появления подобных мыслей и чувств, подчеркивая, что ничего ненормального в этом нет. Облегчение после избавления от давящего груза, как правило, не заставляет себя долго ждать. Если терапевт посчитает нужным, он может побеседовать с пациентом на тему господствовавшего до сих пор в его отношениях отсутствия равновесия в делах, касающихся ответственности, а затем позволить клиенту самостоятельно открыть, какие последствия будет иметь для всех заинтересованных сторон изменение существующего положения вещей. Тенденция к принятию на себя слишком большой ответственности может иметь негативные последствия на многих уровнях, но у некоторых больных депрессией доминирующим шаблоном является слепая решимость “все это как-нибудь продвигать вперед”. Такое ослепление, хотя оно и вытекает из благородных стремлений, делает невозможным понимание того, что, когда человек является чрезмерно ответственным, он тем самым склоняет другого человека к отказу от ответственности. Терапевт может с большой вероятностью успеха попытаться показать такому клиенту, что его преувеличенное чувство ответственности в действительности тормозит процесс взросления у лиц, о которых он заботится. Таким образом, ответственность пациента может быть использована для того, чтобы он во благо других решил действовать “менее ответственно”.

Иным аспектом рассматриваемого отсутствия равновесия является типичная для больных депрессией тенденция к избеганию ответственности. Некоторые люди не чувствуют себя обязанными позаботиться даже о самих себе. Иногда они эгоистически заключают: “Пусть другие позаботятся об этом”, однако чаще всего их пассивность вытекает из пошатнувшейся веры в собственные силы. Человек, пребывающий в депрессии, обычно чувствует себя слабым, ненужным и считает, что будет замечательно, если отыщется кто-нибудь, кто сможет с ним выдержать. По правде говоря, нередко его близкие не выдерживают и уходят от него. Если помощь и доброжелательное отношение оказываются совершенно неэффективными, даже опытный терапевт может пережить разочарование, не говоря уже о друзьях и родных. Пациенты, пребывающие в депрессии, как правило, не могут составить кому-то веселую компанию, а их глубокое угнетение способствует тому, что человек довольный собой и жизнью, начинает чувствовать за собой некую вину. Когда больной ощущает себя брошенным, независимо от того, действительно ли он остался в одиночестве или же нет — он может начать в большой степени полагаться на человека, который неожиданно проявляет желание оказать помощь (это может быть и терапевт, и кто-либо из приятелей). Пациент предполагает, что депрессия — явный знак того, что он не может самостоятельно справиться с жизненными трудностями, и что он в огромной степени зависит от мнения другого человека. Такая позиция очень распространена среди больных депрессией, а поскольку она несомненно способствует удерживанию патологических стереотипов, необходимо, чтобы клиент сформировал достаточно сильное чувство ответственности за самого себя.

Сатир (1972) описывает различные типы индивидуальности, среди них тип “соглашателя” и

“обвинителя”. “Соглашатель” старается сделать все для того, чтобы все остались им довольны, чего бы это ему не стоило. “Обвинитель” обвиняет всех и вся, и всякий собственный неуспех приписывает чужой ошибке. И что самое интересное, предста- вители этих двух типов безошибочно находят друг друга. Целью терапии является равномерное разделение ответственности между партнерами и признание за каждым из них права принимать самостоятельные решения относительно самих себя.

ДИРЕКТИВЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМ СВЯЗАННЫХ С ЧУВСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ

Проводя интервенцию в интерперсональном измерении опыта клиента, терапевт способен прервать дисфункциональные шаблоны отношений и заменить их более подходящими. Чтобы союз функционировал надлежащим образом, обе стороны должны выработать равновесие между удовлетворением собственных потребностей и учетом требований партнера. Давать и брать — вот тот фундамент, на котором зиждется любой союз; но такой союз трудно сохранить, если одна сторона только требует, или только берет. Нижеприведенные директивы могут помочь инициировать процесс позитивных изменений такой расстановки отношений.

Д88

Прогулка с проводником

Это относительно безопасная, не вызывающая страха, и даже в некотором роде приятная директива, направленная на открытие границ ответственности. Данное, популярное в среде бихевиористов, упражнение представляет собой хороший метод амплификации ролей, принимаемых обеими сторонами союза. У А завязаны глаза, его ведет В, который сам выбирает направление движения и берет на себя всю ответственность за его безопасность. Осознание такой полной ответственности быстро становится мучительным. Также быстро начинает изнурять чувство абсолютной беспомощности. Однако желательно, чтобы клиенты продолжали упражнение, несмотря на усталость, это позволит закрепить приобретенный опыт, чтобы затем использовать его в дальнейшей терапии. Терапевт может также попросить клиентов поменяться ролями. В этом случае пациентам будет гораздо легче подходить к вопросу как чрезмерной, так и недостаточной ответственности. Каждая из этих диаметрально противоположных точек зрения может оказаться весьма поучительной.

Д89

\

Козел отпущения

Данная стратегия непосредственно касается проблемы чувства ответственности и поиска виновного. Она оказывается особенно эффективной в случае лиц, принимающих позицию мученика, т. е, тех, кто слишком усердно принимает всю вину на себя. Однако важно, чтобы терапевт заметил скрытую в клиенте озлобленность, вызванную тем, что “все всегда сваливается на него”. Пациент получает задание сыграть роль, которую он и так, как правило, берет на себя, хотя и не всегда осознанно. Поскольку роль “козла отпущения” и данном случае навязывается клиенту, спонтанно развиваемый стереотип становится лишь представлением, которое в свою очередь в значительно меньшей степени влияет на образ мышления клиента. В лучшем случае клиент пересматривает свои взгляды на проблему ответственности, занимая более рациональную позицию. Такого результата можно достичь в том случае, если стратегия доведена до абсурда, т.е. когда клиент обвиняется в том, за что он уже точно не может нести никакой ответственности.

Упражнение, в котором членам семьи поручается неустанно обвинять пациента во всех возможных несчастьях (например, ненастье, рост безработицы, неурожай), может мобилизовать сопротивление “козла отпущения” и спровоцировать его на доказательство собственной невиновности. Такой бунт является первым шагом, ведущим к осознанию границ личной ответственности, которые при депрессии часто бывают совершенно размытыми. Данная стратегия была применена в случае юриста (описанная выше), который добивался профессиональных успехов, несмотря на хроническую умеренную депрессию. Взять на себя вину не составляло для него большого труда; этому он “был обязан” своим критически настроенным, не воспринимающим его родителям. По рекомендации терапевта жена и дети должны были поддерживать этот шаблон На абсурдные упреки членов семьи клиенту разрешалось реагировать покорной фразой: “Прошу вас, простите меня” Вначале эта директива всем казалось достаточно забавной; однако спустя несколько дней клиент не выдержал и заявил, что он больше не намерен выслушивать эти беспочвенные обвинения, разве что он сам признает себя виновным, или же кто-нибудь вежливо обратится к нему, чтобы “обсудить определенный вопрос”. Это явилось началом создания нового, лучше функционирующего шаблона решения проблемы вины и ее влияния наличную самооценку.

Д90

Моделирование отношений

Данная психодрама также предполагает участия всех членов системы. Они получают роли “соглашателя”, “обвинителя”, “человека, строящего препятствия”, “рационалиста” (“компьютера”) и “примирителя”, (Сатир, 1972). Каждого из них терапевт устанавливает в позу, являющуюся отражением выполняемой роли. К примеру, “соглашатель” становится на колени, в отчаянии протягивает руки и с боязнью “просит прощения за то, что живет”. “Обвинитель” стоит прямо, со злобным выражением лица и обвинительно нацеленным пальцем. Эти позиции и поведения являются исходным пунктом проведения следующей интеракции, причем терапевт выполняет роль катализатора. Поведение, кажущееся вначале участникам странным и неестественным, вскоре становится реальным, эмоционально затягивающим. Внешне проявляются чувства — такие как злость и раздражение, связанные со взваливанием на себя определенного груза или же с нахождением под контролем — которые и определяют ход дальнейшей терапии. Всяческие опасения, сомнения и беспокойства, касающиеся данных отношений, проявляются совершенно неожиданным образом, что делает эту стратегию подходящим инструментом для облегчения проведения изменений во взаимоотношениях участников этого “союза”.

Д91

Смена ролей

Очередная стратегия, приносящая изменения в динамику союза, заключается в “смене ролей”. Отдавая себе отчет в том, что к симптомам пациента можно отнестись как к метафоре проблем, проявляющихся в его отношениях, терапевт может предложить людям, создающим данные отношения, поменяться ролями. Маданес (1984) приводит пример молодой женщины, страдающей серьезной депрессией В этом случае ее отца попросили на неделю взять на себя депрессию дочери, чтобы она в это время смогла “заняться другими делами”. Отец согласился сыграть роль больного, и вскоре он открыл для себя, что ему вовсе не нужно притворяться — он действительно погрузился в депрессию. Маданес объясняет это следующим образом: “Депрессия дочери помогла ему настолько, что он, ради нее, решился на визит к терапевту. Страдающий депрессией отец, чтобы помочь дочери, без возражений подчинился рекомендациям клинициста (изменить проблематичные стереотипы”).

Когда предлагается поменяться ролями, предполагается, что симптоматическими стереотипами можно управлять. Парадоксальный приказ “взять на себя чью-то депрессию” заключает в себе уверенность в том, что контроль в сфере, которая ранее, казалось, выходит за границы влияния личности, вполне возможен.

ВЫВОДЫ

Сила интерперсональной модели депрессии заключается в том, что она учитывает следующее: каждый из нас, хотим мы этого или нет, вступает в контакт с людьми, которые, в зависимости от того, как мы строим свою жизнь — помогают нам или же нас травмируют. В лечении депрессии нельзя переоценить значение правильного определения проблем ответственности, ограничений, ролей, правил, образцов коммуникации и иных системных переменных. Именно этих проблем касаются стратегии, описанные в данном разделе. Раздел 12

СНАРУЖИ И ВНУТРИ

Депрессия, повсеместно обнаруживающая себя, представляет собой серьезный вызов специалистам в области психического здоровья Это заболевание часто лежит в основе серьезных проблем общества, а поэтому обязывает терапевтов предпринимать серьезные действия Терапевт должен сделать все для того, чтобы клиент уяснил себе, что каждый человек способен совершить позитивные изменения, большие или маленькие, при условии, что его внутреннее и внешнее окружение будет функционировать надлежащим образом Внутренний мир страдающего депрессией человека представляет собой систему, в которой господствует очень точное, в течение длительного времени устанавливаемое равновесие. Следовательно, прежде чем клиент “выйдет наружу”, он должен будет развить новую систему отношений, которая позволит ему находить новые и лучшие ответы на жизненные ситуации. Аналогично этому, внешний мир пациента (его отношения с окружающими, включая и отношения с терапевтом) представляет собой также деликатно взвешенную систему. Внешние ситуации неукоснительно влекут за собой реакцию человека (ведь даже отсутствие ответа является ответом) и благодаря этому могут быть использованы для облегчения проведения изменений, направленных “внутрь”

Описанные в данной книге директивы представлены, исходя из системного восприятия, учитывающего тот факт, что все взаимосвязано. Можно ли отделить метод от контекста, в котором этот

метод был применен? Можно ли отделить слова, адресованные собеседнику, от отношений, связывающих двоих беседующих? Психотерапия одновременно является наукой и искусством, что зачастую означает следующее- клиницист воспринимает клиента и относится к нему субъективно, основываясь на своих “знаниях”. Каждая из сотен существующих психотерапевтических техник бывает эффективной, и у каждой из них свои приверженцы. Потенциальная ценность любой модели может сделать подход психотерапевта “закостенелым”, негибким (ввиду потребности в упорядочении взглядов и удержания их субъективной прозрачности) С другой стороны, она может позволить ему развить гибкость, необходимую для соответствующего отношения к субъективной природе любого аспекта действительности человека, страдающего депрессией.

Информация, косвенно внушаемая клиницистом, может воздействовать гораздо сильнее, нежели непосредственно передаваемое сообщение. Из всех разработанных до сего времени терапевтических методов, возможно, наибольший успех приносят когнитивные и интерперсональные подходы. Изменяя стереотипы мышления и отношений, они одновременно с этим оказывают влияние на изменение конкретных мыслей и интеракций — и, без сомнения, именно это является причиной их поразительной эффективности. Они противопоставлены подходом, ориентированы более психодинамично, пытающимся продвинуть человека вперед путем возвращения его к прошлому. Существует принципиальная разница между изменением содержания проблем пациента и изменением их структуры. Если, к примеру, больной вовлекается в ряд связей с равнодушными партнерами, изменяются лишь лица и имена (т е. содержание), а тип выбираемых пациентом лиц (т е структура) остается без изменений. Приносящий страдания стереотип будет повторяться до тех нор, пока не изменится структура жизненных выборов пациента.

Терапия в данной книге была описана самым простым способом — каь процесс прерывания старых и создания новых шаблонов Использование способностей клиента, равно как и бесчисленных контекстов его жизни, представляется автору более всесторонним и индивидуализированным подходом, нежели безапелляционное навязывание клиенту убеждений терапевта. Директивы, представленные в данной работе, должны использоваться лишь при условии выявления терапевтом у пациента дисфункциональных стереотипов, детально описанных в четвертом разделе. Эти стереотипы не связаны с какой-либо конкретной теорией, например такой, которая предполагает, что “депрессия является реакцией на потерю” и заставляет терапевта искать предполагаемую “потерю” Шаблоны описанные автором этой книги, являются “теоретически нейтральными” и могут стать частью любой терапевтической программы, предполагающей активное участие клиента в процессе лечения. Депрессия — быть может более, нежели любое другое состояние — нуждается в действиях, т.к. именно отсутствие активности приводит в движение спираль самоуничижения. Кроме того, своевременно предпринятая акция уменьшает вероятность того, что проблема перейдет в хроническое состояние. По этой причине интервенция в момент сильного обострения болезни особенно необходима Изменение установленных шаблонов поведения требует от терапевта достаточной гибкости. Клиницисты зачастую привязаны к какому-нибудь одному методу интервенции н, однажды достигнув успеха, вновь механически обращаются к нему в похожих ситуациях Автор не стремился внушать, что представленные им директивы должны применяться именно таким образом. Скорее он намеревался описать различные способы вовлечения пациента и отношения с терапевтом, а также открытие перед ним возможностей, предоставляемых ему жизнью. Автор надеется, что директивы иллюстрируют способы использования шаблонов клиента с целью прерывания либо модифицирования его стереотипных реакций. Акцент направлен на обучение через опыт, однако не исключается и использование в целях лечения важного диалога, вытекающего из естественного хода психотерапии. Ознакомление клиента с различными шаблонами мышления и жизни также является важным фактором позитивных изменений, равно как и интервенции в иных измерениях опыта. Заданием клинициста остается нахождение все новых и новых способов терапевтической интервенции во всех доступных измерениях опыта клиента.

Может ли читатель представить себе применение директив — тех, что были описаны выше в собственной практике? Настолько ли он гибок, чтобы обратиться к решениям, выходящим за пределы предыдущего опыта? Автору вспоминаются его собственные реакции, когда он впервые столкнулся с необыкновенными подходами директивной терапии, применяемой доктором М. Эриксоном. Ему тогда казалось, что они противоречат здравому смыслу, являются абсурдными, смешными и совершенно “нецелесообразными в своей целесообразности”. В данной книге нетрудно проследить влияние Эриксона и других терапевтов. Она основана на убеждении в том, что изменения наступают тогда, когда появляется новая реакция в знакомом контексте — независимо от того, относится он к внешнему или же внутреннему миру. Ценность этих методов огромна, при условии, что применяющий их терапевт

проявит достаточно гибкости, чтобы извлечь из них соответствующую выгоду.

Особенно полезным орудием может оказаться гипноз, ввиду его специфической способности “приостанавливать” на время транса привычную рамку отношений, что позволяет изменить образ реагирования. Основной целью терапии является эффективное проведение изменений в измерении действительного опыта клиента. В большинстве случаев сам факт того, что клиент “в сознании” т.е. не подверженный воздействию гипноза, представил себе опыт, который должен помочь ему, оказывается недостаточным. Недостатком такого подхода является потенциальное ограничение клиента когнитивным уровнем, что создает опасность его чрезмерного сосредоточения на “интеллектуализации”. Одним из способов понимания того, на чем основывается восприятие мира, является сравнение эмпирического измерения (касающегося чувственных впечатлений) и символического (т.е. формы, в которой организуется, сохраняется и передается чувственный опыт). Носителем информации в вербальной психотерапии является произносимое слово или символ. Тем же, что пытается изменить клиницист, является эмпирическое измерение мира клиента (т.е. опыт как таковой). Чем выше терапевт оценивает связь между словами и влиянием субъективного опыта, что является сущностью гипноза, тем большую пользу он может извлечь из таких форм коммуникации, как метафоры и символические задания, помогающие клиенту изменить субъективное восприятие самого себя.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Ввиду потенциальной опасности, которую несет в себе депрессия, в особенности это касается опасности самоубийства, использованию описанных в данной книге директив должно предшествовать тщательное изучение индивидуальной природы клиента. Многие из этих стратегий сконструированы таким образом, чтобы мобилизовать сопротивление клиента требованиям клинициста или же дальнейшему удерживанию данного шаблона. Терапевт, целью которого является эффективное использование сопротивления, предполагает, что такое сопротивление присутствует в человеке. В некоторых случаях сопротивление, которое предположительно должно было быть следствием примененной директивы, является слишком слабым или же слишком глубоко скрытым под депрессивными паттернами. Поэтому иногда бывает так сложно добраться до него и использовать в терапии.

Часто случается так, что клиент, до того, как к нему будут применены надлежащие директивы, нуждается в хорошо продуманной поддерживающей терапии. Причин тому несколько. Во-первых, до того момента, пока клиницист не наладит достаточно близкого контакта с пациентом, и речи быть не может об оказании на него значительного влияния. Встречаются пациенты, с которыми необходимо провести множество сеансов, прежде чем они почувствуют личную заинтересованность в сотрудничестве с терапевтом; другие же с самого начала проявляют большую заинтересованность. Налаживание надлежащего контакта зависит не столько от количества визитов, сколько от количества самих встреч. Способность терапевта продемонстрировать понимание проблем и переживаний клиента является мерилом его будущей свя5и с клиентом. Во-вторых, важным фактором, обеспечивающим успех терапии, является определение “набора реакций” пациента. Набор реакций выполняет функцию шаблона реагирования, именно по этой причине существенным для стратегических терапий становится формирование у клиента такого отношения, т.е. состояния духа, которое позволит ему разглядеть пользу, вытекающую из выполнения задаваемых ему упражнений и “домашних заданий”. Если терапевту удастся пробудить в пациенте уверенность в том, что данная директива принесет ему огромную пользу, существует большая вероятность того, что клиент ей подчинится. Если бы больной не располагал системой убеждений, позволяющих ему верить в успех, зачем бы ему нужно было тратить энергию, необходимую для активного участия в терапии? Внимательный читатель наверняка помнит представленное в шестом разделе детальное обсуждение роли, которую играет в лечении позитивная настроенность.

Если контакт с пациентом окажется недостаточно тесным, или же не будут определены позитивные ожидания, клиент может проигнорировать директивы, неверно их выполнить или же иным образом продемонстрировать свое сопротивление. В таких случаях, вместо того, чтобы обвинять клиента, терапевт должен приспособиться к получаемой обратной информации, содержание которой таково. “Это задание на определенном уровне оказывается для меня неприемлемым”. Возможно, оно пробуждает в нем чувство страха, неясно для него, является слишком трудным либо по каким-то иным причинам выходит за рамки возможностей пациента. Самой правильной реакцией окажется либо повторение задания спустя некоторое время, на более подходящем этапе лечения, либо расчленение упражнения на составляющие его части, с которыми пациенту будет легче справиться.

В том случае, если ход терапии будет неверно спланирован, директивы могут принести антитерапевтичныи результат: любое, своевременно принятое лекарство, может повредить. К применению директив можно приступать лишь тогда, когда будет налажен достаточно близкий контакт, будет существовать позитивная мотивация и, что самое главное, когда клиницист будет совершенно уверен в том, что он сможет эффективно использовать в терапевтических целях любую возможную реакцию клиента. Если существует вероятность того, что клиент даст реакцию, которую клиницист не сможет использовать в терапевтических целях, лучше вообще отказаться от этой директивы. Терапевт должен задать себе вопрос: "Что я буду делать, если клиент прореагирует на мою стратегию совершенно неожиданным образом? Смогу ли я извлечь из его реакции какую-нибудь пользу (например, подводя клиента к какой-либо переоценке)?" Если ответ на последний вопрос окажется отрицательным, наилучшим решением будет отказ от данной директивы.

Неспособность выбрать наилучшее время для применения директивы может иметь весьма неблагоприятные последствия. Рассмотрим следующий пример: в одном из госпиталей клиницист решил применить к пациенту, страдающему депрессией, терапию, заключающуюся в "тренинге агрессии". Врач предположив, что депрессия пациента является результатом "злости обращенной внутрь". Целью терапии было умышленное провоцирование пациента на вымещение гнева, что было призвано "освободить внутреннюю злость", являющуюся якобы главной причиной депрессии. Терапевт потребовал от пациента выдраить больничный коридор зубной щеткой. Пациент послушно встал на четвереньки и принялся выполнять приказание. Спустя несколько часов клиницист пришел, чтобы проверить результаты своей директивы Пациент неутомимо продолжал выполнять свою работу. явно ожидая одобрения. Терапевт демонстративно шагнул на чистый пол, оставляя на нем грязные следы от ботинок. Он, к сожалению, не предвидел, что этого окажется недостаточно, чтобы спровоцировать пациента, который в ответ лишь тяжело вздохнул и еще более замкнулся в себе. Врач, совершенно сбитый с толку, что-то пробормотал, чтобы хоть как-то объяснить свои намерения, и ретировался. Без сомнения, в данном случае интервенция была подобрана неправильно и явилась очевидной ошибкой терапевта. Автор позволит себе еще раз повторить основной принцип, касающийся применения директив: если существует вероятность того, что интервенция не подойдет клиенту, или же что клиент даст реакцию, которую невозможно будет использовать в терапии, от такой директивы следует немедленно отказаться. Принцип: "Главное — не навредить" находит применение и в психотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трудно предвидеть, в каком направлении будет протекать дальнейшее развитие терапии. Не вызывает никаких сомнений, что прогресс медицинских технологий будет оказывать все большее влияние на наше понимание и лечение многих нарушений Однако искусство эффективной психотерапии всегда будет высоко цениться, т.к справляться с трудными жизненными ситуациями и налаживать здоровые отношения можно научиться лишь в контексте жизни и межличностных отношений. Для борьбы с депрессией необходим широкий диапазон интервенций — менее или более директивных, которые можно будет применить на многих уровнях опыта клиента. Споры о превосходстве какой-либо одной из теорий, касающихся депрессии в частности, и функционирования психики человека вообще, ни к чему не приводят. Они лишь заслоняют единственно верную цель психотерапевтов, помогать тем, кто в этом нуждается.

Поскольку современный стиль жизни связан с все возрастающим стрессом, все указывает на то, что депрессия будет все более распространяться и приобретать все новые и новые формы. Успех психотерапии зависит от того, удалось ли терапевту идентифицировать и эффективно вмешаться в шаблоны, доставляющие клиенту страдания, равно как и облегчить ему развитие лучше функционирующих механизмов. Для того, чтобы научиться правильно планировать и проводить терапевтическую программу, которая позволит клиенту получить знания, основанные на опыте, клиницист должен проявить максимальную заинтересованность. Описанные здесь директивы, а также те, которые пришли в голову читателю в ходе ознакомления с данной книгой, могут оказаться необыкновенно полезными в борьбе с депрессией при условии, что они будут использоваться продуманно. Приложение

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ ИЗ ПРАКТИКИ

Ниже будет представлено практическое использование методов, описанных в данной книге. Представленные случаи касаются клиентов, главной проблемой которых была депрессия. В каждом из этих случаев пациент имел опыт неудачной психотерапии. Основой определения результатов лечения было субъективное мнение клиента, который положительно оценивал свое самочувствие в конце терапии и течение некоторого времени после ее окончания. Фамилии, имена и некоторые данные,

касающиеся клиентов, были изменены.

СЛУЧАЙ 1

Этот случай был представлен Дж. К. Зейгом во время презентации психотерапии Эриксона на конференции, посвященной развитию психотерапии, состоявшейся в г. Феникс, штат Аризона, в декабре 1985 г.

Анамнез

Чарльз, возраст 54 года, обратился к терапевту по причине длящейся уже два года умеренной депрессии. Пациент жаловался на бессонницу, беспокойство, проблемы с концентрацией внимания, необузданные всплески гнева, продолжительные периоды изоляции от общества и иные, менее значимые, однако затрудняющие ему жизнь, симптомы депрессии. Чарльз представлял собой тип интеллектуала, начитанного человека, он гордился своими способностями к логическому мышлению. Чарльз полагал, что его проблемы связаны с “кризисом среднего возраста”. Увлеченный своей работой архитектор, он не контактировал с представителями своей профессии, т.к. решил работать над проектами на дому. Он ни с кем не поддерживал близких отношений, не считая членов семьи, и с презрением выражался о поверхностном характере большинства общественных интеракций. Всему этому он предпочитал погружение в чтение книг философско - психологической тематики. Чарльз и его жена были родом из Южной Америки, поженившись, они эмигрировали в США. У них было две дочери. Чарльз не был доволен ни своим браком — он упрекал жену в недостаточном интеллектуальном развитии — ни американским образом жизни, который он считал слишком сложным.

Семейная история Чарльза оказала большое влияние на его нынешние проблемы. Он воспитывался глубоко религиозной, не обремененной образованием матерью (отца он потерял еще в раннем детстве). У Чарльза рано проявился интерес к искусству. Мать, неуверенная в правильности его выбора, обратилась за советом к священнику, который определил стремления Чарльза как “фривольные, ведущие к греху”. Под давлением матери парень начал изучать математику и точные науки, что в свою очередь стало источником разочарования и печали на всю оставшуюся жизнь. Мания углубляться в философские проблемы экзистенции в конечном итоге привела Чарльза к тому, что он разорвал все свои связи, в том числе и супружеские — поскольку презирал отсутствие “более глубоких” влечений у жены. Безрезультатно “занимаясь поиском ответа на главные вопросы”, он впадал во все большее разочарование; и в конце концов полностью изолировал себя от окружающего мира.

Прежде чем приступить к решению проблем Чарльза, следовало направить интервенцию на следующие паттерны: чрезмерные надежды, возлагаемые на логическое мышление, приводящие к эмоциональной и общественной изоляции; упорное задавание вопросов, на которые не существует окончательных ответов; неудовлетворенность карьерой и стилем жизни, весьма отдаленным от его давнишнего увлечения живописью. Таким образом были сформулированы следующие цели: 1) побороть чувство тревоги и решить проблему бессонницы; 2) привить убеждение в ценности поверхностных случайных контактов, что позволит ему свободно контактировать с людьми в различных общественных контекстах; 3) развитие уважительного, толерантного отношения к индивидуальным различиям; 4) развитие личных способностей, в особенности артистических и релаксационных.

Интервенция

Терапия включала несколько этапов.

Первый этап лечения заключается в налаживании контакта и определении позитивных ожиданий относительно эффективности терапии. Для достижения этих вступительных целей было использовано убеждение Чарльза в том, что все имеет свою цель. Это облегчило совершение переоценки и приписывание депрессии определенной цели (директива № 2), внушающей, что эта болезнь дарит шанс совершить значительные изменения. До этого Чарльз не видел в депрессии ничего позитивного; он воспринимал ее скорее как знак личного поражения (т.е. доказательство собственного несовершенства).

Во второй фазе лечения применялся формальный гипноз, направленный на укрепление позитивных ожиданий, развитие способностей к расслаблению, облегчение доступа к позитивным резервам (таким как способность принимать вызов и добиваться успехов, которая проявилась у него во время приезда в США), а также открытие приглушенных творческих сторон индивидуальности. Гипнотические сеансы относительно быстро уменьшили чувство беспокойства и склонность к раздражительности, а также устранили бессонницу. Во время сеанса применялись директивы № 9, 10 и 62.

На третьем этапе лечения, во время гипнотического сеанса использовались метафоры, относящиеся к различным типам отношении, и иллюстрирующие следующий принцип: отношения могут проявляться в различных формах и характеризоваться различной степенью контакта (что в свою

очередь прервало существующий у Чарльза шаблон “все или ничего”). Пациент получил домашнее задание, заключающееся в проведении целенаправленно поверхностных разговоров, с четкой инструкцией: не представлять в них собственного мнения. Это была интервенция, направленная на паттерн непоколебимого убеждения в собственной безошибочности, независимо от контекста. И только тогда Чарльз понял, как безапелляционно он осуждал и как слепо верил в свое интеллектуальное превосходство. Не имея возможности выразить свое мнение, он получил возможность открыть для себя, что аргументы других людей также могут оказаться вполне разумными, хотя они и подводят к противоположным выводам. Этот опыт оказал огромное влияние на семейные отношения Чарльза. Критическое отношение к жене и двум дочерям подросткам уступило место толерантности, по достоинству оцененной и развитой его семьей. На сеансах использовались директивы № 15, 16 и 42.

В четвертой фазе подавление артистических и творческих страстей было представлено как метафора отрицания свойственных каждому человеку черт (проявление эмоций, потребность в отдыхе и беспечность). Перфекционизм Чарльза не позволил ему заняться творчеством (он не хотел создавать несовершенные творения), и это несмотря на то, что он ощущал большую потребность творить. Пациент получил следующую директиву: каждое утро он должен был начинать рисовать, а затем, после того, как произведение было на 3/4 готово, прервать свое занятие. Чарльз говорил, что возвращение после такого длительного перерыва к любимому занятию доставляло ему огромное удовольствие, однако прерывание начатого дела его сильно раздражало. Спустя некоторое время ему было разрешено заканчивать рисунки, но без подписи Очередным шагом терапевта была следующая директива: пациент должен был анонимно раздавать свои творения соседям (оставляя их под деревом или засовывая их в почтовые ящики) Эту директиву Чарльз выполнял с радостью; мысль, что ему удалось подшутить над кем-то, доставляла пациенту удовольствие. Таким образом он мог довести свое задание до финала без особого риска (т.к. работы были без подписи), а одновременно с этим он начал замечать ближайшее окружение, которое он до сего времени игнорировал. Очередной шаг Чарльз сделал по собственной инициативе, налаживая с соседями дружеские отношения; ему было интересно, упомянут ли они о полученных подарках. Согласно последней директиве Чарльз должен был подписать свои завершенные рисунки, после чего он мог поступать с ними по собственному усмотрению. Он принял участие в нескольких местных конкурсах живописи и достиг значительного успеха, получив награды и признание своего таланта.

Та фаза лечения, в которой Чарльз развил в себе способность к большему принятию себя и других, оказалась поворотным пунктом во всем процессе лечения. Пациент научился, как следует вести себя в общественных контактах “малого калибра” и как самовыражаться на иных уровнях, помимо чисто интеллектуального уровня. Он убедился, что даже самые ценные связи часто берут начало от весьма поверхностных отношений. На сеансах использовались директивы № 44, 45, 51 и 61.

На последнем этапе лечения развиваемые Чарльзом паттерны принятия себя и других стабилизировались; укрепились новоприобре-тенные умения применять самогипноз для поддержания контроля над чувством тревоги и нарушениями сна. Терапия закончилась, когда пациент признал, что состояние его здоровья стало удовлетворительным Лечение продолжалось девять месяцев и потребовало 25 терапевтических сеансов.

Обсуждение

Чтобы помочь Чарльзу понять, что лишь он сам может наделить смыслом свою жизнь, был применен формальный и неформальный гипноз, непосредственные и косвенные внушения, использовалась переоценка, а также практиковались домашние задания. Поскольку Чарльз отбрасывал “нерациональный эмоционализм”, создавая таким образом нереальное убеждение в том, что его опытом будет управлять исключительно логика, его чувства вырвались из-под контроля и приобрели форму депрессии. Учась уравновешивать различные измерения личного опыта (логику с эмоциями, работу с отдыхом, некоммуникабельность с открытостью, общительность с изоляцией), Чарльз достиг более удовлетворяющего его уровня жизни.

Пациент, без сомнения, ошибочно оценивал свои возможности контролирования различных аспектов опыта. Пытаясь взять под контроль чужие мнения, используя для этого безапелляционное фиксирование собственных взглядов, а также пытаясь контролировать (т.е. выяснять) свои эмоции. Чарльз стремился овладеть тем, на что он не мог иметь влияния — окружающими его людьми и собственными чувствами Открытие и принятие этих идей стало возможным благодаря привитию пациенту позитивных ожиданий с помощью гипноза, подготовившего его к принятию новых возможностей. Применение директив позволило разорвать шаблоны, на которые ориентировалась вся терапия, на более мелкие шаги, и через некоторое время в образе восприятия клиента происходили

позитивные изменения, идущие к поворотному пункту хода лечения и окончательному успеху терапии.

СЛУЧАЙ 2

Анамнез

Джоан, 53 года, страдала умеренной, временами переходящей в серьезную, депрессией. По ее словам, болезнь приобрела хроническую форму, однако за несколько недель до обращения к терапевту она начала замечать у себя обострение симптомов, которые и стали причиной поиска профессиональной помощи. Депрессия Джоан переформировалась в образ жизни, воспринимаемый ею как норма. Она не имела контактов с окружающими, которые позволили бы ей сравнить себя с ними и понять, что с ней что-то не в порядке. Она полагала, что у всех людей есть такие же эмоциональные проблемы.

Джоан дважды была замужем, и оба брака оказались недолгими. Она жила одиноко, а ее двое детей проживали сравнительно далеко от матери. Между матерью и детьми поддерживались хорошие отношения, взаимные визиты носили регулярный характер. Родилась и вы- росла Джоан в небольшом городке. Когда она была еще маленькой, местную школу закрыли, и девочка, чтобы продолжать обучение, вынуждена была переехать в другой город. Итак, ее связь с семьей оборвалась очень рано, а настоящая близость с другими людьми казалась ей невозможной. Джоан была деловой женщиной и рассказывала о себе достаточно объективно. Однако было заметно, что отсутствие связей с другими людьми, равно как и недостаточная поддержка со стороны, вызвали в ней ощущение изолированности. Существующее отчуждение представляло собой очередной этап ее одинокой жизни.

Джоан получила хорошее образование, она работала в крупной фирме инженером химиком. Проработав на одном месте 20 лет, она не могла уйти, из этой компании, т.к. рынок труда для лиц с ее специальностью был весьма ограничен.

Работа для пациентки была главным делом ее жизни. Она занимала большую часть ее времени. Женщина желала видеть себя компетентной, независимой профессионалкой Именно профессиональный вопрос стал главным элементом переживаемой ею депрессии. Джоан чувствовала, что она не использует всех своих возможностей. Она работала самостоятельно и даже ее шеф не знал сферы ее обязанностей и не мог уточнить предъявляемых к ней требований (которые были занижены). В системе ценностей клиентки важное место отводилось работе и, желая получить награду, она выходила за границы своих прямых обязанностей и находила для себя занятия, приносящие прибыль фирме и вместе с тем позволяющие ей самореализоваться. Поиск дополнительных заданий стал для нее причиной огромного стресса, тем более что просьбы уточнить круг ее обязанностей начальство игнорировало.

Депрессия Джоан длилась много лет. Было очевидным, что сосредоточение пациентки на профессиональных делах лишь увеличивало ее проблемы ввиду негативных аспектов ситуации: нечетко сформулированный круг ее обязанностей, недостаточное использование ее квалификации; игнорирование начальством ее потребностей и интересов, а также объективные трудности с нахождением работы в другой фирме. Джоан всеми силами старалась заслужить вознаграждение, что доказывало, сколь сильно она ощущала себя ответственной за свое положение. Женщина предполагала, что, работай она лучше, начальство не оставит этого незамеченным. Ошибочность такого рассуждения выявить совсем нетрудно. Джоан пыталась подчинить себе систему, которая в действительности находилась вне ее контроля. Вместо того, чтобы понять, что ей не удастся каким бы то ни было образом повли- ять на существенную систему, она лишь усиливала свои старания — т.е. работала все больше и больше. Такие попытки решить проблему могли лишь углубить ее.

Интервенция

Были определены следующие цели терапии: 1) сформулировать новые критерии чувства собственной значимости, кроме тех, что вытекали из работы (например, пересмотр мнения, что “человек стоит столько, сколько стоит его работа”). 2) достичь в жизни равновесия между работой и иными интересами; 3) достичь большей ясности в вопросе ответственности, чтобы Джоан смогла избавиться от чувства вины и депрессии, испытываемых ею в связи с ситуацией на работе; 4) открытие Джоан для самой себя следующего факта; она не может контролировать действия своего начальства; 5) обратить больше внимания на собственные нужды и отнестись к депрессии как к предостережению, указывающему на необходимость изменений, что позволит изменить в лучшую сторону реакцию на эпизоды депрессии; (6) предотвратить отдельные эпизоды и смягчить прохождение остальных.

Терапия состояла из трех фаз. В первой фазе был сделан акцент на налаживание соответствующего контакта и построение позитивных ожиданий. Этому были посвящены два сеанса, в ходе которых были детально охарактеризованы проблемы Джоан. Особое внимание было сосредоточено на убеждении Джоан в том, что мерилом ценности человека является прежде всего его работа, а не отношения с окружением. Задачей первого сеанса был сбор информации, налаживание

контакта, а также предоставление позитивных мотиваций. На втором сеансе был применен формальный гипноз; клиентке внушалась необходимость разнообразить жизнь, а также следующее мнение: зависимость от какого-либо негативного аспекта жизненного опыта (у нее этим аспектом была работа) не исключает иных аспектов, дарящих приятные минуты. Благодаря применению директивы 14 клиентка осознала необходимость разнообразия; затем она выполнила задания, предлагаемые директивами № 18 и 21.

Очередные три сеанса были посвящены открытой дискуссии о работе и ее позитивном или же негативном влиянии на жизнь человека. Была проанализирована потребность в контролировании обстоятельств, воспринимаемых как весьма существенные, а также поставлена под сомнение целесообразность усилий, направленных на подчинение себе системы. Было отмечено, что, вместо того, чтобы пытаться стать идеальным работником, Джоан должна понять следующее: вся ответственность за соответствующее использование ее знаний и умений лежит на руководстве фирмы. Эта беседа была дополнена гипнотическими сеансами, которые помогли Джоан понять, что, хотя ей и не всегда будет удаваться владеть ситуацией, она всегда сможет контролировать свои реакции. На данном этапе лечения были использованы директивы №22, 34, 46 и 62.

Состояние здоровья пациентки улучшалось довольно быстро. Весьма поучительным для нее оказалось открытие расхождения между ее профессиональными идеалами и реалиями неохотно сотрудничающего с ней окружения. Это наблюдение уменьшило в ней чувство вины и склонность брать на себя ответственность за далекие от совершенства результаты ее деятельности на профессиональном поприще.

В последней фазе лечения Джоан получила парадоксальное поручение: запланировать и вызвать у себя симптомы болезни. Она была поражена, узнав, что ей удалось симулировать депрессию и выйти из этого состояния без вреда для себя. Два очередных сеанса были посвящены гипнотический временной прогрессии, в ходе которой особо выделились вопросы ответственности, контроля и жизненного равновесия. Положительные результаты терапии были подтверждены спустя год. Лечение продолжалось девять месяцев.

Обсуждение

Добросовестность Джоан имела и позитивные, и негативные стороны. Ее обязательность и чувство ответственности привели к тому, что она всю вину за свое положение взяла на себя — даже если в действительности она не могла как бы то ни было повлиять на него. Пациентка прекрасно реагировала на гипнотические интервенции, в ходе которых она могла пренебречь логикой, благодаря чему ее эмоциональные потребности оказались более доступными. Джоан сосредотачивалась на ключевых словах, таких как “облегчение”, “равновесие”, “поглощение”, речевом обороте “развитие различных интересов” и использовала их в текущем опыте.

Быстрое возвращение к здоровой жизни и поддержание в течение длительного времени хорошего самочувствия можно объяснить плановой реструктуризацией взглядов пациентки относительно контроля и ответственности, а также налаживанием Джоан в ходе гипнотических сеансов тесного контакта с теми частями ее индивидуальности, которые ранее ею игнорировались. Открыв разнообразие собст- венной индивидуальности, Джоан приобрела возможность замечать различные аспекты внешнего мира и по достоинству оценивать возможности новых действий, приобретя чувство большей свободы в сравнении с ограниченным ранее одним единственным измерением жизни.

СЛУЧАЙ 3

Анамнез

57-летняя Кэрол страдала серьезной депрессией, которую в последнее время еще более углубили изменения, произошедшие у нее на работе, Кэрол была сотрудницей администрации в строительной фирме; ее обязанности не ограничивались работой в офисе: ее должность предполагала также обучение рабочих правилам техники безопасности. После реорганизации фирмы Кэрол попала в подчинение новому начальнику, женщина отреагировала на это весьма негативно. У нее появились симптомы глубокой депрессии (плаксивость, сильное возбуждение, беспокойство, бессонница, чрезмерное употребление алкоголя, неспособность сосредотачиваться и чувство надвигающейся опасности). Ее преувеличенная реакция в какой-то степени была вызвана чувством привязанности к прежнему руководителю.

На протяжении двадцати лет Кэрол была женой человека, которого она сама назвала “талантливым обманщиком”. Общительный и всеми любимый, он манипулировал людьми, втягивая их в различные махинации, из которых черпал материальные выгоды.

Брак закончился разводом, когда муж Кэрол угодил в тюрьму за растрату. А до сего времени

Кэрол была опорой их семьи, она практически одна воспитывала двоих детей. Чрезмерно пассивная, напуганная мужем, она подчинялась ему беспрекословно. Пациентка имела необыкновенно низкую самооценку и, постоянно сталкиваясь с проблемами, она чувствовала себя несчастной, придавленной депрессией женщиной. Ее никогда не интересовала профессиональная карьера, и когда в возрасте 41 года она развелась с мужем, женщина впервые была поставлена перед необходимостью зарабатывать себе на жизнь. Она не верила в себя и была вынуждена постоянно сражаться с ограничивающим ее пессимизмом.

Ее отношения с детьми выглядели не лучшим образом. Сын проживал в другом штате и Кэрол поддерживала с ним лишь поверх- ностную связь, т.к. боялась натолкнуться на его ярость, которую тот выплескивал из себя при первом же удобном случае. С дочерью некогда ее связывали очень тесные отношения. Однако внезапно девушка отдалилась от матери и Кэрол совершенно не понимала, почему так произошло. Это было одним из основных источников страданий пациентки. Каждый член семьи жил своей жизнью. Кэрол оказалась как бы в вакууме. Вне работы она не встречалась с людьми, не принимала участия в какой бы то ни было совместной деятельности. Не ощущая поддержки со стороны общества, она была неспособна разграничивать (и уравновешивать) свои интересы. В течение многих лет она ни с кем не встречалась и была убеждена, что ни один мужчина даже не взглянет на нее.

Время от времени Кэрол намекала, что она обеспокоена своим финансовым будущим. Пациентка понимала, что скоро ей придется уйти на пенсию, и что предстоящие выплаты не смогут покрыть ее расходов. Ее пугала одинокая материально необеспеченная старость.

В терапии были выдвинуты следующие цели: 1) изменение перспективы, которое было призвано быстро исключить наиболее тяжелые симптомы депрессии; 2) повышение самооценки с целью содействия налаживанию дружеских контактов, повышению гибкости и ориентации на будущее, необходимой для планирования финансовых дел; 3) помощь в восстановлении тесных отношений с дочерью; 4) изменение образа мышления и шаблонов поведения и замена их такими, которые отражали бы новые способности в решении проблем и определении сферы ответственности и контроля.

Интервенция

Кэрол в течение девяти месяцев посетила тридцать один терапевтический сеанс. Принимая во внимание хронический характер депрессивных симптомов, было решено провести более длительный курс лечения. Для установления хорошо функционирующей системы отношений, позволяющей делать позитивные выборы, было применено множество директив, позволяющих проводить обучение на основе опыта.

На вступительном этапе терапия призвана была помочь пациентке обрести нормальный сон, задержать неконтролируемые приступы плача, устранить прием алкоголя и приспособиться к измененным условиям работы. Чтобы облегчить Кэрол снятие напряжения и обретение необходимого уровня гибкости, были применены директивы № 1, 2, 3, 9 и 10 в соединении с формальным гипнозом. Первые сеансы записывались, и Кэрол брала записи домой, чтобы там продолжать работать с ними. Результат не заставил себя долго ждать: исчезли бессонница и плаксивость, а на смену ощущению себя жертвой обстоятельств пришла злость, направленная против работодателей. В ее ситуации гнев оказался более подходящим чувством, а поэтому он был воспринят как потенциальный источник активности, направленной на удовлетворение собственных потребностей. Кэрол внушалась следующая установка: если бы она смогла более прозорливо наблюдать за отношениями своих сослуживцев, она бы постигла великую дипломатию и научилась видеть и понимать людские намерения и потребности, добиваясь тем самым на работе более выгодной позиции.

Такая постановка дела заинтриговала Кэрол, что позволило перейти к следующей фазе лечения, касающейся отношений с окружающими. Свою подавленность и робость Кэрол переносила и на интерперсональную плоскость, и хотя она и не была в этой сфере совершенно беспомощной, ее способность ладить с окружающими также оставляла желать лучшего. В ходе сеансов затрагивалась тема межчеловеческих отношений; оговаривался вопрос приспособления к определенным обществам ролям и манипулирования другими с целью реализации собственных стремлений. Пациентке внушалась необходимость четко определить собственные потребности и развивать способности поддерживать с другими хорошие отношения, несмотря на возможную неприязнь к отдельным лицам. Эти внушения были призваны помочь Кэрол убедиться в том, что условием лучшего понимания чужих действий является лучшее понимание чужих потребностей. С целью закрепления приобретенных знаний использовались директивы № 30, 47, 48, 50 и 86.

По мере того, как Кэрол обучалась свободному контактированию с окружающими и толерантному отношению к их индивидуальным особенностям, росла ее вера в себя как в полноценного члена

общества. Она сама начала инициировать дружеские контакты с приятельницами по работе и была приятно удивлена тем, что весьма милыми оказывается общение с женщинами, которые гораздо моложе ее.

Используя развитие способностей пациентки и области налаживания и поддержания отношений с окружающими, интервенцию направили на проблему отчужденности дочери. Кэрол уже почти год не встречалась с ней, да и до этого времени встречи носили спорадический характер. Клиентка рассказывала о своих попытках наладить отношения, которые однако, оказались безрезультатными. Одновременно с этим была затронута проблема финансового обеспечения на будущее. Кэрол призналась, что она всегда мечтала быть дизайнером интерьеров помещений. Однако Кэрол не допускала, что в возрасте 57 лет она могла бы записаться на курсы и получить соответствующее образование. Пациентка отметила, что после окончания обучения ей было бы уже 59. Когда же ее спросили: “А сколько лет вам будет через два года, если вы не пойдете на курсы”, она кратко ответила: “Пятьдесят девять”. Кэрол посоветовали поискать соответствующие курсы, пообщаться с представителями этой профессии, расспросить о заработках, о рынке труда и т.д. Кэрол пребывала в сильном возбуждении, когда ей наконец удалось найти студию, предлагающую быструю, интенсивную программу, и она с большим энтузиазмом начала обучение. Пациентка была самой старшей на курсе, и этот факт вселял в нее некую гордость, особенно когда ее сокурсницы открыто выразили свое восхищение ее смелыми планами. Она завела новые знакомства, нашла для себя занятия, выходящие из сферы домашних и профессиональных обязанностей.

По поручению терапевта Кэрол позвонила дочери и сообщила, что теперь у нее остается мало времени на встречи с дочерью, т.к. она записалась на курсы (как если бы дочь вообще когда-нибудь желала, чтобы мать уделяла ей свое время!). Пациентка должна была вести себя бесцеремонно, но не грубо. Спустя несколько дней дочь позвонила ей; она проявляла нескрываемый интерес. Их отношения возобновились. Отчаяние отступало по мере того, как в ней укреплялось чувство собственной значимости. В конце концов, полностью обретя уверенность в себе, Кэрол поняла, что связь с дочерью оказалась полезной для обоих сторон, и не только для нее одной.

Депрессия Кэрол резко отступала, одновременно усваивались новые образцы решения проблем. Пациентка научилась жить в обществе, начала реализовывать свои стремления, научилась защищать себя от манипуляций со стороны окружения и поверила в собственные силы В середине терапии изменения, происходящие в жизни пациентки, были учтены в метафоре, обращенной к ее интересам. Описание изменений, происходящих в восприятии и интерпретации жизненною опыта можно было с легкостью отнести к “проектированию интерьера”, замене старых, использованных предметов новыми, цветными и привлекательными. Эта метафора неоднократно помогала Кэрол удержаться на пути изменений в ходе продолжения обучения и планирования будущего. Обсуждение

Мучившее Кэрол неотступное чувство безнадежности и отчаяния, без сомнения, явилось следствием ее неспособности контролировать какое бы то ни было измерение опыта. Пациентка беспрерывно получала следующее сообщение: любую проблему ей удастся решить, если она мобилизует необходимую внутреннюю энергию. До сего времени Кэрол лишь причитала, парализованная собственной пассивностью и отсутствием концепции деятельности. Ее образ мышления был столь глобальным, что она не могла определить, что следует сделать, а тем более как к этому приступить.

Чрезмерная ориентация на прошлое делала невозможными постановку перед собой целей и стремление к их реализации. Примененные в ходе терапии директивы помогли обрести контроль над ситуациями и чувствами, которые до этого времени казались ей неподвластными контролю; Кэрол также поверила в то. что ее усилия будут по достоинству вознаграждены. Она научилась разграничивать, за что она несет ответственность, а за что — нет, и эффективно решать проблемы, даже в тех ситуациях, которые ранее виделись ей безвыходными. Пациентка стала менее восприимчивой к чужим манипуляциям и благодаря принятию права каждого человека (в том числе и собственной дочери!) быть самим собой — ей стало легче налаживать отношения с окружающими. В поздравлении по случаю праздника, присланном ею автору этой книги спустя шесть месяцев после окончания терапии, она также отметила, что впервые за пятнадцать лет у нее такое счастливое Рождество и что она наконец обрела спокойствие.

СЛУЧАИ 4

Джефф, 43 года, обратился к терапевту по причине умеренной, временами обостряющейся депрессии. Примерно в течение года он лечился у психоаналитика, однако изменений к лучшему не наблюдалось; поэтому он решил попробовать иной подход. Мужчина очень интеллигентно и вполне

логично предоставил данные о себе и рассказал о ситуации в семье: он дважды был разведен. Непосредственной причиной распада семьи после семнадцати лет совместной жизни стал роман с женщиной, с которой он и жил в настоящее время; хотя, как отметил пациент, отношение с женой уже давно складывались не наилучшим образом. Джефф был инженером-электронщиком, и в своей жизни он полагался на логику и рационализм. Большинство интерпретаций пре- дыдущего терапевта он считал слишком субъективными, "взятыми из ничего", а поэтому маловероятными; он желал получить конкретную информацию о том, как следует справляться с собственным поведением, доставляющим ему немало хлопот: "я очень требовательный, раздражительный перфекционист, я люблю, чтобы у меня все было под контролем, в противном случае я очень быстро впадаю в гнев". Из всего сказанного им вытекало, что у него сильно развито полярное чувство добра и зла, при этом его очень раздражает, когда другие не спешат соглашаться с его просвещенными суждениями. Джефф часто ссорился со своей девушкой, при этом он полагал, что причина ссор кроется в ее "недостаточном опыте", т.к. она никогда не была замужем. Такими же натянутыми были его отношения с сослуживцами, все это он объяснял недостаточной организованностью и ограниченными притязаниями своих коллег, а также отсутствием у них уважительного отношения к выполняемой работе, которое он считал основой эффективной деятельности.

Принимая во внимание время, проведенное Джеффом у различных специалистов, его понимание депрессии было на удивление ограниченным. Он полагал, что эта болезнь является исключительно следствием переживаемых на работе стрессов и проблем личного характера. Пациент заявил, что "он, по-видимому, переживает кризис среднего возраста". Из ответов на вопросы, касающиеся самых ранних шаблонов его поведения вытекало, что депрессиогенные механизмы доминировали в его поведении с самого детства. По собственному признанию Джеффа, он всегда был перфекционистом, проявлял тенденцию к чрезмерному контролю и легко становился раздражительным. Данные почерпнутые из истории семьи, показывали, что его отношения с родителями были формальными и холодными. Мать и отец предъявляли к нему чрезмерные требования. Уже после первых двух встреч стало ясно, что Джефф живет в мире дихотомии, где все либо черное, либо белое, без малейших оттенков и полутонов. Его взгляды относительно "правильного" образа поведения в точности отвечали принципам, внушенным ему родителями, которых он уважал за "последовательность и настойчивость в проведении воспитания". Джефф прекрасно анализировал внешний мир (т.е. ситуации и людей), но утрачивал способность к анализу в отношении самого себя. Поэтому-то он и не замечал, в какой мере он перенял систему ценностей своих родителей, равно как и не понимал, насколько сильно его ограничивают собственные убеждения. В этом случае были определены следующие терапевтические цели: 1) укрепление чувства личной исключительности путем определения проповедуемых ценностей, что в свою очередь было призвано помочь пациенту открыть ограничения системы убеждений, навязанной ему родителями, и принести возможные изменения; 2) ослабление тенденции к восприятию мира в черно-белых тонах и развитие толерантности в отношении компромисса; 3) определение границ личного влияния с целью достижения большей акцептации ситуаций, находящихся вне контроля; 4) определение более эффективных шаблонов интеракций с окружающими.

Интервенция

В течение трех месяцев Джефф посетил десять терапевтических сеансов. Проявляемое им неудовлетворение неэффективными терапевтическими интервенциями ясно демонстрировало, что пациент нуждается в прямых указаниях, которые должны принести мгновенное облегчение. На второй встрече Джефф представил свою систему ценностей в отношении таких вопросов, как работа, деньги и отношения с окружающими. Его ответы были конкретными, почти догматичными. Когда пациента спросили о точке зрения его родителей, он без колебаний ответил: "Естественно, у них были весьма схожие мнения". Это вызвало дискуссию на тему ценностей как таковых, а также дискуссию о влиянии различных факторов на формирование системы убеждений данного лица. Терапевт отметил, что дети, взрослея, проходят через период переоценки ценностей, навязываемых им родителями и обществом в целом, стремясь к формированию собственной индивидуальности. Затем Джефф получил задание, предлагаемое директивой № 21, которое должен был выполнить до следующего визита к терапевту.

Домашняя работа оказалась для пациента весьма полезной. Никогда ранее ему не приходило в голову искать разницу между собой и родителями: позже он признался, что "перспектива выделения себя как отдельной личности показалось ему чрезвычайно интересной". Затем была исследована связь между системой ценностей, поведением и образом самого себя. Было представлено следующее убеждение: "необходимо обладать гибкостью, чтобы принять следующий факт: ценности, проповедуемые другими людьми, так же важны для них, как твои важны для тебя", С целью увеличения

толерантности Джеффа в отношении собственных и чужих убеждений, были применены дирек- тивы №8, 17 и 85, позволяющие совершиться в будущем значительным изменением в интерперсональной сфере.

Клиент до сего времени не воспринимал свои взгляды как догматические, однако реализуя получаемые задания, он постепенно начал прозревать. Пациенту необыкновенно понравилась концепция “обретения гибкости”, к развитию в себе этой черты он подошел как к жизненному вызову. Директивы № 14, 35 и 60, используемые в ходе терапии и качество домашних заданий, облегчили пациенту открытие того, что мир предлагает ему множество возможностей и перспектив, которые можно реализовать различными “верными” способами, даже если некоторые подходы на первый взгляд покажутся совершенно неподходящими.

Когда Джефф начал отдавать себе отчет в существовании “различных оттенков серого”, а также в богатстве различных возможных реакций на события, он спустя некоторое время ощутил усиление чувства обеспокоенности, которое удачно интерпретировал как результат “чувства меньшего, нежели когда-либо, контроля над жизнью”. Это было подходящее время для рассмотрения вопроса влияния на окружение, для сравнения механизмов чрезмерного и недостаточного контроля, а также для подчеркивания необходимости в определении того, что можно подчинить себе, а что — нет. Джефф обнаружил в себе тенденцию к принятию на себя контроля, однако он никогда не пытался модифицировать ее, т.к. интерпретировал данную тенденцию как доказательство обладания “индивидуальностью типа А”. Благодаря директивам № 34 и 36 пациент научился распознавать факторы, определяющие, поддается ли данная ситуация контролю или же нет, а также он научился принимать обстоятельства, на которые не мог оказать влияния.

На многих уровнях сразу же наступило значительное улучшение. Джефф научился занимать нейтральную позицию в ситуациях, в которых еще совсем недавно дело доходило до неприятных конфронтации. Он с удовлетворением отмечал, что, даже когда он с кем-то не соглашался, он умел выслушать человека и старался учесть его мнение наравне со своим. В ходе восьмой встречи Джефф сказал, что у него “подозрительно хорошее” самочувствие. С целью эффективной диссоциации давних стереотипов были применены директивы № 3, 13 и 63. В ходе десятой, последней, встречи были укреплены механизмы, отвечающие за продолжение начатого в ходе терапии процесса позитивных изменений. Спустя полтора года, во время телефонного разговора, Джефф признался, что, не считая мелких размолвок между ним и его партнершей, он доволен жизнью и “какие бы то ни было серьезные симптомы депрессии полностью отсутствуют”.

Обсуждение

Проявляемая Джеффом склонность к чрезмерному контролю происходящих событий была следствием недостаточного ощущения собственной индивидуальности. Нереальное стремление клиента к подчинению себе определенных аспектов жизни является причиной чувства поражения, которое является неизбежным, т.к. пациент стреми гея к невозможному. Однако в результате человек убеждается, что он вообще ничего не может контролировать. Чтобы прервать данный шаблон, следует пересмотреть дисфункциональное убеждение клиента в том, что “чем больше он контролирует, тем лучше”, научить его селективно контролировать то, что лежит в сфере его возможностей.

Использованная соответствующим образом раздражительность Джеффа оказалась прекрасным катализатором процесса терапии. Терапевт с более традиционными взглядами мог бы отнестись к этой черте как к дисфункциональной (“ожидание слишком многого сразу”); автор однако предпочел таким образом использовать раздражительность Джеффа, чтобы это помогло мобилизовать его к активному участию в терапии. От того, насколько полно терапевт использует различные измерения опыта клиента, зависит эффективность интервенции. СПИСОК ДИРЕКТИВ

1. Ослабление симптомов с помощью гипноза.
2. Переформулирование: от бесполезного к полезному.
3. Изменения к лучшему.
5. Эриксоновская псевдоориентация во времени.
6. Метафоры, касающиеся ожиданий и амбивалентности.
7. Метод “перегрузки”.
8. Правильность стиля жизни.
9. Универсальные отношения.
10. Специфические отношения.
11. Купи и выбрось.
12. Тип хомяка.

13. Переезд.
14. День в зоопарке. 15.Зондаж.
16. Точки зрения.
17. Различные интерпретации.
18. Идентификация правил.
19. Ломка принципов.
20. Шаг за шагом.
21. Карта самого себя.
22. Каков уровень контроля?
23. Реальный шанс успеха.
24. .Заученная беспомощность.
25. .Лекарство: депрессия.
26. Лекарство: депрессиогенные стереотипы.
27. Нелегкая попытка.
28. Необоснованная беспомощность.
29. Спроси у других.
30. Пассивное ожидание.
31. Склонение к худшему выбору.
32. Теряет тот, кто колеблется.
33. Господин Петер.
34. Влияй на то, чего ты не можешь контролировать.
35. Умелая манипуляция.
36. Крестовый поход.
37. Оправдать себя во всем. 38. Отрицание собственных чувств.
39. Патологические интерпретации.
40. Здравые интерпретации.
41. Оптимальный выбор.
42. Нереальные цели перфекциониста.
43. Не обижай богов.
44. Будь перфекционистом.
45. Умышленно ошибайся.
46. Иной взгляд на перфекционизм.
47. Обвиняй других.
48. Выпали свои претензии.
49. Все отрицай.
50. Ищи оправдания.
51. Позволь себе удовольствия.
52. Физическое усилие.
53. Символическое путешествие.
54. Деструктивная ответственность.
55. Выключение чувства вины.
50. Обвинение себя в грехах всего человечества.
57. Распятие на кресте.
58. Потребность в самонаказании.
59. Час вины.
60. Минута за минутой.
61. Внушение цели.
62. Различные части индивидуальности.
63. Используй то, что имеешь.
64. Плохое может оказаться хорошим.
65. Отбрасывание и обретение части самого себя.
66. Шестиэтапная переоценка.
67. Модель структуры индивидуальности.
68. Укрепление противоположностей.
69. Развитие недоразвитых частей индивидуальности.
70. Вылавливание.

71. Техники “моста”.
72. Позитивные ресурсы из прошлого.
73. Воскрешение переживаний.
74. Изменения в биографии.
75. Право голоса.
76. Экстернализация важных частей индивидуальности. 77 Символическая встреча частей индивидуальности. 78. Черное на белом.
79. Заменяющие симптомы.
80. Повторное определение ролей.
81. Разрыв стереотипов.
82. Король на один день.
83. Вежливая просьба о разрешении.
84. Сделать зависимым окружение.
85. В поисках отвержения.
86. Оценивание других.
87. Просить о невозможном.
88. Прогулка с проводником.
89. Козел отпущения.
90. Моделирование отношений.
91. Смена ролей.

СОДЕРЖАНИЕ